



ГЛАВА 1У НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

§ 4. ВВЕДЕНИЕ / ,

Прежде чем перейти к анализу изменений личности, следует остановиться на некоторых принципиальных положениях общей психологии. Как известно, кризис эмпирической психологии привел в начале нашего века к новому взгляду на предмет и методы психологической науки. Исследования Л. С. Выгодского, П. Н. Блонского, Б. Г. Ананьева, С. Л. Рубинштейна, А. Н. Леонтьева — в СССР, К- Левина, К. Бюлера — за рубежом были нацелены на поиски новых путей психологического исследования, а именно не на исследование отдельных процессов, а на системный целостный анализ психологической деятельности. Преодоление кризиса эмпирической психологии неминуемо также привело к проблеме строения и формирования личности, к проблеме сознания и

деятельности. В своей книге “Проблемы общей психологии” С. Л. Рубинштейн прямо указывает, что введение в психологию понятия личности обозначает, прежде всего, объяснение психических явлений из реального бытия человека как реального существа, в его взаимоотношениях с материальным миром.

Как попытку преодолеть кризис традиционной психологии следует также рассматривать исследования в области дифференциальной, индивидуальной психологии, типологии. Однако, несмотря на рост этих исследований, было ясно, что не они раскрывают психологию личности. На это указывали в разное время С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, В. С. Мерлин и др. С. Л. Рубинштейн писал, что индивидуальные свойства личности — это не одно и то же, что личностные свойства индивида, т. е. свойства, характеризующие личность. О необходимости разделения понятия “индивид” и “личность” практически пишут все советские психологи: Б. Г. Ананьев, Б. ф. Ломов, С. Л. Рубинштейн, Ш. А. Надирашвили, А. В. Петровский, В. А. Петровский:

Неправомерность подмены психологии личности исследованиями в области дифференциальной, типологической психологии была отмечена и зарубежными психологами (К. Левин, К. род-жерс, Г. Олпорт).

Пути исследования психологии личности намечены советскими психологами. Опираясь на марксистскую теорию о социальной природе психики, советская психология рассматривает личность продукт общественно-исторического развития, беря за основу учения К. Маркса: “Какова жизнедеятельность индивидов, бы и

они сами" [1, 3, с. 119]. Исследования личности в советской психологии проводились в основном в двух аспектах. В одних исследованиях изучалось строение самой деятельности, мотивов (Н. Леонтьев и соавт.) соотношения сознания и деятельности (С. Л. Рубинштейн и соавт.). К этой линии следует отнести также работы В. Н. Мясищева, посвященные проблеме отношения, работы грузинской школы Д. Н. Узнадзе, Д. А. Прангшвили, работы исследования Б. Г. Ананьева. Среди зарубежных психологов строением мотивов, потребностей занимались такие ученые, как К. Левин, Г. Олпорт и другие.

Другая линия исследования личности — это путь формирования личностных особенностей, черт характера в процессе воспитания и обучения (А. В. Запорожец, Д. Б. Эльконин, Я. Гальперин). Сам педагогический процесс становится предметом изучения психологов (Л. И. Божович, Л. С. Славина, А. Н. Леонтьев). В этих работах исследуются условия, под влиянием которых у детей формируются те или иные особенности личности.

В зарубежной психологии констатируется феноменология влияния социальных факторов на развитие ребенка, то в работах российских исследователей ставится вопрос об анализе самого процесса формирования этих особенностей, изучается его психологическая природа. В этих исследованиях делается попытка целенаправленно формировать эти особенности, т. е. личность изучается в процессе целенаправленного воспитания (работы А. Г. Ковалева, А. Л. Шнирмана, А. А. Бодалева и др.). Немало работ посвящено возрастным особенностям личности. В этих исследованиях ставился вопрос о возникновении различных мотивов, умения

действовать по моральным нормам (Д. Б. Эльконин, Л. И. Божович, Л. С. Славина), развития паложени<?Выготского о том, что возникновение “внутрен-^инстанций” у ребенка является определенным личностным Икатором, возникающим на определенной возрастной сту-

>особенно продуктивным оказалось при исследовании личности ение и развитие (А. Н. Леонтьев и его сотр.) понятий ностного смысла” и “значения”. В своей книге “Проблемы вития психики” А. Н. Леонтьев пишет, что “значение пред-1ляет собою отражение действительности независимо от инди-^ального личностного отношения к ней человека” (110, 291). й1ние является обобщением действительности, фиксированным ^ве: “Став фактором индивидуального сознания, значение ие 1чивает своего объективного значения”. А. Н. Леонтьев разли-“единицу”. сознания, которая не совпадает со значени-это “субъективный личностный смысл сознаваемого содержания”. “Смысл, — пишет А. Н. Медтьев, — создается отражающимся в голове человека объективным отношением того, что побуждает его действовать, к тому, на что его действие направлено, как на свой непосредственный результат. Другими словами, сознательный смысл выражает отношение мотива к цели” [110 225]. Введение этого понятия является попыткой проанализировать сознательную активную деятельность субъекта. Разграничение понятий значения и личностного смысла позволило сделать предметом конкретного психологического анализа строение деятельности, строение потребностей человека, его мотивов. Оно дает возможность проследить динамику мотивов, их иерар-

хическое построение. Особенно четко это сформулировано А. Н. Леонтьевым в докладе на XVIII Международном конгрессе психологов в Москве (1966 г.). “Смысл порождается не значениями, а отношением между мотивом действия и тем, на что действие направлено, как на свой прямой результат, т. е. его Целью” [119,9].

Указывая, что мотивы и цели могут изменяться, А. Н. Леонтьев подчеркивает, что цель, которая первоначально сама по себе не имела для субъекта побудительной силы, может приобрести ее и стать мотивом: происходит смещение мотива на цель, в результате чего действие превращается в самостоятельную деятельность. Изменение мотивов изменяет не значение действия, а их личностный смысл для человека.

Введение и вместе с тем разведение понятий смысла и значения позволяют преодолеть разрыв между сферой сознания, мышлением, и сферой мотивов, потребностей. Сам А. Н. Леонтьев так формулирует эвристичность введения этого понятия: “Введение этого понятия позволяет преодолеть также и те психологические концепции, которые исходят из признания двух разных действующих друг на друга сфер. Одна — сфера сознательной мысли, сознания, другая — сфера потребностей и мотивов. Конечно, следует различать эти сферы. Они, однако, образуют единую структуру — внутреннюю структуру самого сознания” [III, II].

За последние годы происходит развитие исследования выше-названных положений: в теоретическом плане обращается внимание на функцию регуляции, саморегуляции [67; 68; 185]. Эта

проблема оказалась связанной с проблемой смысловых систем [14 и др.]. Смысловые системы являются системой основных жизненных отношений личности. Они связаны, с мировоззрением, ^Ценностными представлениями, представлением о себе (“образом-Я”). А. Г. Асмолов правильно указывает, что центральной особенностью смысловых образований является их производность от социальной ситуации, позиции человека в обществе, от взаимодействия мотивов, заданных этой ситуацией, от совокупности деятельности. Однако эти смысловые системы обладают и своим движением, “своей внутренней динамикой”.

В нашей книге нет возможности останавливаться на всех направлениях, по которым происходит изучение личности. Следует

60

ветить, Чли пупэ изучении ^ип^<ии “-группу^м дсшслогил^и, мши-1, их иерархии и построения, и путь изучения их формирования являются основными аспектами исследований в области психологии личности.

Эти два аспекта являются генеральными путями исследования личности. Однако исследования последних лет как отечественной так и зарубежной психологии показали плодотворность еще одного пути — анализа исследований патологически измененной личности.

Известно, что за последнее время возросла роль смежных научных дисциплин, пограничных областей знания, среди которых особое место заняла экспериментальная патопсихология. Будучи разделом психологической науки, патопсихология отличается от

ее основных положений: принципа детерминизма и принципа развития.

Эти принципы обязывают к изучению не изолированных ответ-реакций человека на какой-нибудь стимул, а к исследованию явственного содержания психической деятельности, т. е. к анализу изменений действий, поступков, познания человека. На эту тему исследования личности указывает С. Л. Рубинштейн, утверждая, что детерминизм в его правильном философском значении означает, что внешняя причина не определяет непосредственно реакции человека — она действует через внутренние условия. Внешнее воздействие, согласно С. Л. Рубинштейну, есть тот или иной психический эффект, лишь преломляясь через психическое состояние субъекта, через сложившийся у него строй идей и чувств. В применении к конкретным психологическим исследованиям это означает, что надо перейти от изучения отдельных функций к системному изучению изменений личностных форм психической деятельности больного, в структуре которой включены и изменения личностных установок, мотивов человека, его переживаний, его отношения, самосознания и др. К такому же выводу приводят положения советской материалистической психологии о генезе психических процессов. Само формирование этих процессов невозможно без участия личностного компонента. Указывая, что психические процессы складываются прижизненно, А. Н. Леонтьев подчеркивает, что формирование это происходит в процессе усвоения мира предметов и явлений, созданного человеком. Он указывает, что биологически обусловленные свойства составляют лишь одно (хотя и очень важное) из условий

формирования психических функций. Основ-е же условие их формирования — это овладение миром пред-тови явлений, созданных человечеством. Этот процесс овла-ния является процессом активным. Чтобы мир предметов от-ылся ребенку, последний должен осуществлять активную дея-льность в общении с другими людьми. Ребенок вводится в эт мир окружающими людьми. Следовательно, важнейшим условием овладения, усвоения 1ра является .наличие отношений с другими людьми. Сложная психическая деятельность являясь изначально общественно обусловленной, она формируется в освоении мира, в общении с другими людьми, с которыми ребенок находится в определенных отношениях, вызывая его эмоциональные переживания.

Эти отношения определяются конкретно-историческими усло-виями, но, сложившись, они сами определяют поступки и дейст-вия человека. В процессе овладения миром возникают общест-венные потребности, мотивы и интересы ребенка, формируется ^го личность. С развитием человеческого общества способы удовлетворения этих потребностей, по выражению К. Маркса, “все более очеловечиваются”. Появляются новые, более высокие потребности, дифференцируются и трансформируются уже образовавшиеся.

Разрушая психическую деятельность человека, болезнь при определенных условиях приводит к. изменению именно личност-ного компонента. Происходит формирование йовых мотивов, изменяются соотношения потребностей, мотивов, их содержание н

иерархия, переживания. Образуется некая модель формирования потребностей, мотивов (пусть даже патологических). ‘

Исследования^ распада психики придавал большее значение Л. С. Выготский. При построении своей теории о высших психических функциях, в своей дискуссии с К. Левиным он часто стирался на данные из области патологии.

Материал патологии послужил Л. С. Выготскому основанием для построения своего учения о высших психических функциях, для анализа их психологической структуры, для проблемы первичных и вторичных симптомов.

Не случайно ряд зарубежных ученых, создавших психологические теории личности (К. Роджерс, Г. Олпорт и др.), были либо психиатрами, концепции которых складывались в процессе психотерапевтической практики, либо исследователями, привлекавшими для своей теории данные патопсихологии.

Изучение измененной работоспособности, исследования, посвященные восстановлению нарушений психической деятельности, изучение факторов и, условий, способствующих ее восстановление данные всех этих исследований оказываются весьма полезными для многих Цаяожеений общей психологии.

^^Найти четкие определения, для психологической характеристики нарушений личности трудно. Как известно, психология заминает самостоятельное место -“на стыке” между общественными и естественнонаучными дисциплинами. Это ее положение обусловлено объективными закономерностями. Следовательно,

всякие попытки избрать для нее либо то, либо другое русло носят порочный характер. ,

Изменения личности неизбежно связаны с изменением основных ценностей, общественных установок и стремлений человека, его самооценки и находятся не в прямой, а в очень сложной и опосредованной зависимости от нарушений центральной нервной системы. При анализе этих нарушений возникает опасность смеше-

62 .

^ПСИХИЧЕСКИХ и ии“л“плп-1у.”^”.” ..ч.”._^— - - -1ежно приводит к завуалированным, но тем .более опасным акциям биологизации психологических и социальных явлений. альзывание психологических исследований на путь прямого гавления анатомических поражений с различными описа-1 изменений поведения может прирести к утере предмета венно психологического исследования. попытка изучать нарушения психики в отрыве от мозга, игно-”ать конкретный клинический материал, показывающий на-иия психической деятельности в связи с болезнями и изме-“мн физиологического состояния мозга, была бы идеалисти->6. Уже И. М. Сеченов делает попытку вскрыть физиологи-ую основу психических процессов и развивает материалисти-ую теорию психологии. Он показывает, что без внешнего чувст-го раздражения невозможно себе представить существо-какой бы то ни было психической деятельности. кя современной советской психологии, основывающейся на “н марксизма, всякие попытки принизить общественную при-

человеческой психики, попытки вывести содержание сознания из идейную направленность человека из деятельности его 18 являются необоснованными. Сознание человека, его отношение к реальной действительности зависят от образа его жизни, от уровня удовлетворения его потребностей. В зависимости от условий жизни, общественной и трудовой деятельности меняются идеи, вставления, намерения и стремления человека. Здесь применимы слова К. Маркса о том, что “сущность человека не есть абстракт, присущий отдельному индивиду. В своей действительности она есть совокупность всех общественных отношений” 8,31.

Таким образом, содержание сознания, т.е. то, как человек имеет представления о явлениях окружающего мира, как он относится к ним, что он стремится и чем руководствуется в своем поведении, зависит от его жизнедеятельности. Мозг — это тот орган, который осуществляет эту связь с внешним миром.

В современной американской и западноевропейской психологии имеет место иное понимание содержания сознания и его роли в деятельности человека. Представители одного направления пытаются доказать, что ведущими силами поведения, которыми руководится сознание, являются изначально заложенные в подкорковых областях психики биологические инстинкты (фрейдизм). Представители другого направления вообще отрицают существование сознания, рассматривая человека как автомат, слепо реагирующий на раздражения окружающей среды (бихевиористы). Разные стороны этих и другие теории стремятся принизить роль сознания.

Важно отметить, что признание роли “социальной среды” & недостаточно для правильного понимания природы человеческого сознания. Как известно, педология также признавала влияние социального фактора”, но рассматривала его как

лой — с задатками ребенка. Такое понимание вело к игнорированию реального развития сознания ребенка в процессе обучения или человека в процессе его жизнедеятельности, иначе говоря к забвению учения Маркса о развитии человеческих потребностей. Основные положения этого учения изложены А. Н. Леонтьевым:

“Человек сначала работает, чтобы есть, затем ест, чтобы работать; труд становится из необходимости добывания средств для существования первейшей духовной потребностью человека. Будучи мотивом, источником деятельности, потребности оказываются также ее результатом. Это значит, что деятельность человека, которая была раньше средством достижения какой-нибудь цели, может в дальнейшем стать его потребностью.

История развития, усложнения или возвышения духовных потребностей человека является историей развития его индивидуального сознания. Ведущие, социальные потребности конкретного человека — это и есть то, что определяет, мотивирует, формирует систему его поступков, действий, отношений” [110].

При рассмотрении нарушений личности нельзя, разумеется, игнорировать всю эту содержательную сторону психики человека, т. е. сознания и направленности личности. Клиническая практика обнаруживает несомненные качественные нарушения всех этих образований при некоторых поражениях головного мозга. Однако найти правильную систему понятий для анализа этих нарушений, как мы уже указывали, трудно. Мы не ставим себе целью разрешения этой задачи. На данном этапе развития психологии

важна уже сама постановка ее. Во всяком случае можно отбросить некоторые, безусловно, ложные представления. К их числу относятся в первую очередь попытки связать асоциальное поведение больных непосредственно с поражением коры.

Наряду с такими явно механическими построениями существуют также более тонкие, завуалированные. Было бы, например, ошибочно и упрощенно представить дело так, что поражение какого-нибудь участка мозга непосредственно ведет к изменению социальных установок больного человека. Точно так же неправильно представить себе, что механизмом нарушений личности являются только причины социальные (семейный конфликт, фрустрация, стрессовая обстановка, экстремальные условия).

Дело обстоит значительно сложнее: социальные и биологические механизмы нерядоположенны и не противостоят друг другу. При нарушениях личности, при невротических состояниях происходит переплетение факторов, механизмы появления одного и того же психопатологического синдрома неоднозначны. Как указывалось выше, формула С. Л. Рубинштейна о том, что внешние причины действуют через внутренние условия (куда включалось и нарушение центральной нервной системы), объясняет многое в нарушении личности. Однако в процессе жизнедеятельности человека соотношение причин и условий меняется, первич-

64

, п хчиупчпсяс ^ипдримм.и киги^^дгииврил .Л. ^. ОЫГОТСКИИ, вплетаются и меняются местами. Нарушение личности проис-йт и

потому, что человек с больной центральной нервной системой живет по требованиям нормам, предъявляемым здоровым людям.

Нарушение личности является сложнейшим пластом, где передаются измененные или пораженные патологические мотивы, искажения целеполагания, меняется эмоциональное отношение к себе, к другим людям и себе, где выступают компенсаторные, защитные и неадекватные механизмы, меры защиты, осознаваемые и неосознаваемые.

Распутать и точно определить значение и место всех этих факторов, дать обоснованную строгую классификацию нарушений личности, указать, где кончается определенная мера компенсации защитного механизма и вступает новая, представляется на данном этапе развития нашей науки трудным, тем более что бурный процесс меняет динамику нарушений иногда на определенное время, иногда приводит к стабильным изменениям личности"

Несмотря на эти сложности, теоретические и экспериментальные исследования, проводимые психологами, непосредственное участие в психологической службе, в медицине позволяют сделать попытку дать некоторую классификацию (пусть даже не совсем совершенную) этих нарушений. При этом надо помнить положение К. Маркса о том, что если "человек есть продукт общественных отношений", то изменившийся человек есть продукт изменившихся отношений. Прежде чем перейти к описанию различных форм нарушений внести, мы хотели бы очертить стратегию психопатологического эксперимента, направленного на исследование изменений личности.

§ 2. ПУТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ

16 гл. II были описаны принципы построения психопатологического исследования. В данном параграфе мы остановимся на экспериментальных путях исследования личности. Прежде всего следует отметить, что исследование нарушений личности не носит однозначного характера. Оно может выражаться в анализе изменений строения мотивов, их иерархии, их смыслообъяснения, в нарушении самооценки и уровня притязания, нарушении общения; самоконтроля и саморегуляции в анализе формирования новых патологических мотивов и потребностей. Остановимся на 2 принципиальных положениях. Первое. Многочисленными исследованиями в области нарушений личности показано, что именно практика медицины, психопатологии, оказалась плодотворной при разрешении многих вопросов психологии личности, ибо, как сказал еще XIX в. Ейленбург: «В психиатрии, болезнь есть та же жизнь, тем же закономерностям, что и нормальная, но только

о измененных условиях, следует отметить, что, проводя исследование в области даже частных вопросов аномальной психологии личности, мы неминуемо наталкиваемся на ряд серьезных методологических проблем. Назовем лишь некоторые из них на которых мы остановимся подробнее в гл. V и VI.

1. Проблема соотношения биологического и социального в развитии психики человека.
2. Проблема приобретенного и врожденного в-формировании личности.
3. Проблема индивидуальных свойств личности.
4. Проблема условий порождения аномальных мотивов и потребностей и многие другие.

Конечно, мы все исходим из положений марксистской философии о том, что сущность человека определяется общественными отношениями, что системный деятельный, подход необходим при разрешении любых частных вопросов в области психологии личности. Однако разные психологические направления по-разному решают, что же является тем центральным звеном, которое подлежит исследованию при исследовании изменений личности.

^ Второе, на чем следует остановиться, это вопрос о принципах построения так называемых личностных методик. Нередко забывается, что за любым методом всегда стоит методология, мировоззрение, теоретическая мысль самого ученого, создавшего ту или иную методику. Если З. Фрейд применял метод толкования сновидений, оговорок, то он это делал потому, что предполагал, что человеческие переживания, действия детерминируются

бессознательными силами, которые антагонистичны сознанию, и что они. должны проявиться в символах Если А. Н. Леоцьев применял метод опосредованного запоминания, то он исходил из положения, что психически-е процессы опосредованы по своей структуре.

Поэтому методологически необоснованно, когда пытаются с помощью какого-нибудь одного метода, за которым часто стоит чуждая нам методология, разрешать вопросы “психологии личности..

. При патопсихологическом исследовании личности перед психологом стоит сложнейшая задача; в ней можно разобраться, лишь давая ответ на определенный, заданный жизненной практикой вопрос. Исследователь должен себе ясно представить, что следует в каждом конкретном случае исследовать. Надо найти возможность распутать этот сложнейший клубок диалектических противоречий—мотивов, установок, ценностей, конфликтов, который мы называем личностью. Поэтому любая задача, относящаяся к проблеме личности,—будь то теоретическая. или практическая — требует глубокого методологического подхода, который должен стоять за применяемыми методами.

Между тем решение этой проблемы нередко упрощается тем, что исследователь нацеливается не столько на анализ изучаемого

^6

ения, сколько на поиски некоего экспериментального Ме-а, который смог бы, как рентген, “высветить” личность в им.

.

рдни считают, что для этого надо .найти метод, который водит выявить типы людей, и что установление типологии, ^сификации •людей поможет разрешить не только теоретике вопросы, но и практические, 'например выявить типы 1ей, пригодных для руководящей работы р промышленности, °нспорте, д^же прогнозировать асоциальное поведение. Другие видят панацею в выявлении акцентуированных лич-^ных установок; третьи ожидают точного ответа от про-а-ивных методик, считая, что продесс идентификации испы-його с “героем” картины раскроет центральное звено в лич-ги. Многие видят разрешение задач, касающихся психологии 1ности, в выявлении множества черт и их корреляции (Кэттел)~. Чествует также представление о том, что только матема-еская формализация данных эксперимента раскроет психоло-ескую реальность живого человека.

^Именно поиски некрего метода, с помощью которого 1(но узнать всю личность, разрешить ее сложнейшие жизнен-^задачи и конфликты, привели к тому, что методики стали *ть как бы своей самостоятельной жизнью. 1Думается, что Подобная точка зрения иллюзорна и принци-1льно методологически неоправдана. Получается странное в 'одологическом отношении положение: утверждая, деклари-1, что психические процессы, психическая деятельность формуются прижизненно, психолог направляет свои усилия на ^ск метода, который установил бы личность в целом, раз равсегда данную.

^Если мы не будем помнить о методологии эксперимента, ^соберем лишь эмпирические факты и уподобимся, по меткому 1раж.ению Гордона Олпорта, “всаднику без головы”, -скачу-1муза

фактами и собирающему их в мешок. “При изучении изменений личности данные, полученные с помощью методик, следует анализировать в связи с исследованием жизни человека. Нельзя на основании данных какой-то одной методики ответить на вопрос о пригодности, отвечать на сложные вопросы, которые ставит судебная и трудовая экспертиза, или рекомендовать пути психокоррекции^ • •

^ исследованию личности, особенно применимы принципы, изложенные в гл. П. Это происходит по двум причинам: во-первых, психолог, работающий в клинике, в диспансере, имеет возможность ознакомиться с объективными данными жизненного пути человека до, его заболевания, с его поведением в отделении, способом его общения с другими больными, с персоналом, доведением больного в трудовой ситуации, т. е. психолог должен ознакомиться с этапами жизни больного объективным способом, а не с его слов.

Именно знание прошлого жизненного пути, прошлых забот и ценностей сидящего перед вами человека часто определяет выбор методических приемов для исследования его личностных особенностей.

Во-вторых, сау. патопсихологический эксперимент, направленный на решение практических задач, является совместной работой, общением экспериментатора и испытуемого. В этой ситуации экспериментатор сам решает задачу. Например, у больного при исследовании познавательной Деятельности выявилась тенденция к использованию латентных признаков. А отношение к экспериментатору и эксперименту, способы общения были адекватными. Тогда экспериментатор должен решить, чем вызваны несоответствия вышеописанных особенностей: нецеленаправленностью больного, наступившей психической истощаемостью или другим. И тогда следует решить, как строить эксперимент дальше, какие методики предъявлять. Ситуация эксперимента напоминает ситуацию шахматной игры.

Выше мы говорили о том, что предъявленный испытуемому реальный отрезок деятельности, позиция экспериментатора, его замечания вызывают реальное переживание, реальное эмоцио-,нальное состояние у него. Иными словами, патопсихологический эксперимент обнажает реальный пласт, по выражению Полит-цера, сегмент “драмы” личности. Это. специфика эксперимента в нашей отечественной патопсихологии.

Исследования частных вопросов нарушений личности как нарушения соотношения уровня притязаний и самооценки, соот-

ношения смыслообразующих и действенных функций мотивов должны проводиться не путем срезового исследования, а в соответствии с реальной динамикой жизни данной личности, ибо личность есть всегда формирующаяся, развивающаяся система.

Патопсихологическое исследование личности всегда нацелено на исследование конкретного человека, он помогает экспериментатору выявить, по каким мотивам совершено антисоциальное действие, как мог человек, высокостоящий на лестнице ценностных ориентаций (актер, ученый), стать, например, алкоголиком. Патопсихологический эксперимент является особым видом деятельности, которая отражает реальные жизненные позиции большого.

По своей сути эксперимент в области патопсихологии личности всегда касается определенного человека при определенных условиях. Не случайно, что исследования наших сотрудников, направленные, казалось бы, на анализ нарушений психических процессов (нарушения памяти — Л. В. Петренко, нарушения восприятия — Е. Т. Соколова, нарушения мышления — Т. А. Тепеницына, М. М. Коченова, В. В. Николаева), наши собственные выявили в их структуре личностную детерминацию.

В этой связи думается, что разделение методов на “личностные” и “не личностные” условно. Конечно, существуют Методики,

68

нацеленные на исследование личности (например, проективные

методики более нацелены на это, чем складывание куба Ка), но принципиально и складывание куба Линка может выявить личностные особенности человека, например, в ситуации ^бной экспертизы.

••• Еще в 50-е гг. С. Я. Рубинштейн и С. Д. Калашник указывали на характерную особенность поведения психопатов, симулянтов при прохождении экспертизы на интеллектуальную состоятельность. Эта особенность заключается в “двухактном” решении задач: больной вначале “загорается” решением, “мотив экспертизы” еще не сформировался, а потом, как бы спохватившись, начинает решать неправильно, что свидетельствует о недостаточности критичности.

Таким образом, методологические основы патопсихологического эксперимента, направленного на исследование личности, заключаются в том, что эксперимент позволяет сформировать такую форму деятельности, в которую включены важнейшие ^ка^оры деятельности (системного) подхода к личности: направленность действий, их целенаправленность, возможность “роля, регуляция, критичность. Патопсихологический эксперимент направлен на анализ индивидуальной личности, а не на выявление отдельных черт. ^

В этой связи хотелось бы напомнить о работах Б. М. Теплова, которые показали, что нет однозначных отношений между типологическими особенностями нервной системы и поведением человека. Б. М. Теплов говорил о том, что свойства нервной системы делают некоторые формы поведения лишь более вероятными, что сложность факторов, опосредующих эту зависимость, ^только

велика, что уверенное прогнозирование поведения по ^аметру типологии почти невозможно. 1Известно, что в ситуациях, разных по своей субъективной 1ачимостй” (ф. В. Бассин), по их смысловой мотивации ди, сходные по своему физиол.огическому типу, проявляют [я по-разному. Это показал, между прочим, и опыт Великой ^чественной войны. Люди так называемого слабого типа, вверенные в себе, проявляли чудеса героизма. 106 этом, в сущности, говорит и П. Б. Ганнушкин, сторон-< конституционализма. “Один параноик, — пишет он, — ока-ргся признанным ученым, а другой — душевнобольным; один воид— всеми любимый музыкант, поэт, другой—невыноси-1й бездельник. Все дело в клиническом, т. е. жизненном, выяв-гии психопатии, которое является определяющим ж'изненную ^ктическун) сторону дела”. Следовательно, не сам тип явля-1я зерном- личности, а тот путь, .который избрал человек, 1 мотивы^, кр^дые движут его поступками, то, как он сам 1-улирует свое поведение. .. 1Эксп^рим.^т;^1ьНО-психологические исследования патологии 1йтель,ности,..и,, личности могут идти в разных направлениях.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время намечаются два направления: использование опросников, анкет и экспериментальный путь исследования. Мы останавливаемся в данной работе на последнем пути, т. е. экспериментально-психологическом, который сочетается с анализом данных истории болезни. Но и сами экспериментально-психологические исследования патологии личности могут идти в разных направлениях.

Одним из путей исследования патологии личности является наблюдение над общим поведением больного во время эксперимента. Даже то, как больной “принимает” задание или инструкцию, может свидетельствовать об адекватности или неадекватности его личностных проявлений. Любое экспериментально-психологическое задание может явиться индикатором эмоционально-волевых, личностных особенностей.

При любом исследовании должно быть учтено это отношение личности, совокупность ее мотивационных установок. Это положение было высказано В. Н. Мясищевым еще в 30-х гг. Он указывал на существование двух планов отношений: отношения, созданного экспериментатором, и отношения, порождаемого самой задачей^

Отношение к ситуации эксперимента выступает в клинике нередко в особо обостренной форме. Многими больными ситуация эксперимента воспринимается как некое испытание их умственных способностей, иногда больные считают, что от результатов исследования зависит срок пребывания в больнице, назначение лечебных процедур или установление группы инвалид-^

ности. Поэтому сама ситуация эксперимента приводит у сохран-
ных больных к актуализации известного отношения. Так, напри-
мер, некоторые больные, опасаясь, что у них будет обнаружена
плохая память, заявляют, что “память у них всегда была плохая”.
В других случаях они говорят о том, что всегда отличались .
рассеянностью. Поэтому предъявление любого задания,
даже .^несложного, может вызывать в ситуации эксперимента
личност-йую реакцию. •

/Особенно четко выступает обостренное отношение ббльного
^экспериментальной •ситуации в клинике экспертизы
(трудовой, /судебнрй). Одни больные '(в условиях трудовой
экспертизы) /нередко пытаются продемонстрировать сохранность
своих трудовые возможностей, другие же, наоборот,
заинтересованы в том, чтобы проявить свою трудовую
несостоятельность. Еще резче может проявиться подобное
отношение больного в условиях судебно-психиатрической
экспертизы, когда у ряда больных ‘ может возникнуть “установка
на болезнь”. В этом случае ведущим мотивом является
стремление проявить свою интеллектуальную Несостоятельность,
т. е. не решить задачу. Этот мотив вступал в конфликт с
адекватно действующим мотивом, исходящим из самой задачи. В
результате интеллектуальное действие больного оказывается,
как мы указывали ранее, сложным, двухактным, но.структурно
сохранным.

70

В других случаях актуализируется отношение, порождаемое (ей задачей. Но и это порождаемое задачей отношение не является однослойным; иногда возникает “деловое” отношение к задаче, выполнение ее обуславливается познавательным интересом; само задание может заинтересовать испытуемого своим содержанием, оно приобретает для него какой-то смысл. Иногда к отношению, порождаемое заданием, носит иной характер: Человек может приобрести мотив самопроверки, самоконтроля. В таких случаях задание актуализирует известный уровень организации личности и может явиться как бы объективированным

личности мотивом его решения. Эта мотивированность резко мобилизует сохраненные ресурсы личности. Поэтому может являться, что у некоторых личностно сохраненных, но астенизированных и истощаемых больных условия эксперимента стимулируют активность и способствуют частичному преодолению истощаемости. В результате поведение таких больных в эксперименте может оказаться более сохраненным, чем в обычной жизненной ситуации. Такие явления наблюдались у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга, которые в ситуации эксперимента могли выявить лучшую интеллектуальную продукцию, нежели в профессиональных условиях. Мы не раз убеждались, что наблюдения за больными, выполняющими самые простые задания, могут оказаться полезными в учета их отношения. Так, например, одни больные, выполняя задания, направленные на исследования комбинаторики (складывание кубиков Кооса, куба Линка), не

обнаруживают эмоцио-льных реакций при ошибочных действиях. Они не реагируют

замечания экспериментатора, указывающего на ошибки. У угих больных появление ошибочных решении вызывает раздражительность, часто такой больной прерывает работу, не доводя 1 до конца, разбрасывает кубики.

‘ ^ Подобное поведение мы наблюдали у психопатов и у боль-йх, в состоянии которых отмечаются симптомы раздражитель-”й слабости, астении, хотя в этих случаях двигательная ?акция не столь сильно выражена. У детей в состоянии глу-”кой астении затруднения при выполнении задания вызывают 'редко депрессивные реакции, слезы. 1< Наблюдения за поведением испытуемого во время эксперимента дают также возможность судить о критичности больного, ^ степени его самоконтроля. Иногда бывает и так,' что боль-ой'в процессе эксперимейтальной работы впервые осознает свою мственную недостаточность и соответствующим образом реа-^руетна нее.

Следовательно, поведение и высказывания больного, его реак-ии на ситуацию эксперимента могут послужить материалом ля анализа его личностных проявлений. В известном смысле лю-ой экспериментальный прием содержит в себе характеристику 1прожективности”.

Другой методический путь исследования изменений личности— это путь опосредованного выявления изменений личности с помощью эксперимента, направленного на исследование познавательных процессов. Этот путь кажется вполне правомерным и оправданным, ибо познавательные процессы не существуют оторванно от установок личности, ее потребностей, эмоций. Касаясь .МОТ.ИВОВ и побуждений мышления, С. Л. Рубинштейн отмечает, что это “по существу, вопрос об истоках, в которых берет свое начало тот или иной мыслительный процесс”.

Далее нами будут описаны разные формы дезорганизации познавательной деятельности, которые обусловлены не изменением интеллектуальных логических операций, а мотивационными нарушениями.

В настоящем параграфе хотелось бы лишь указать на правомерность подобного опосредованного пути изучения личности.

Процесс актуализации ассоциаций, представлений не является каким-то самодовлеющим процессом, не зависящим от строения и особенностей личности. Развивая сеченовскую идею о детерминации психического, С. Л. Рубинштейн говорит, что внешняя причина преломляется через “внутренние условия”. Следовательно, есть все основания думать, что процесс оживления того или иного круга представлений, ассоциаций связан, как и всякий психический процесс, с “внутренними условиями”, т. е. с установками, отношением, потребностями личности.

Об этом свидетельствуют исследования советских психологов, работающих в области педагогической психологии. Так, работами

Л. И. Божович [40] и Л. С. Славиной [172] показано, что неуспеваемость многих детей в школе была обусловлена не нарушением их познавательных процессов, а измененным отношением детей, их измененной позицией в коллективе.

Резюмируя, можно сказать, что анализ “стратегии” любого познавательного процесса будет неполным, если не будет учтена личностная направленность субъекта. Ибо, говоря словами Л. С. Выготского “...как только мы оторвали мышление от жизни и потребностей, мы закрыли сами себе всякие пути к выявлению и объяснению свойства и главного назначения мышления— определять образ жизни и поведения, изменять наши действия” [51.]. Поэтому правомерно ожидать, что выполнение любого экспериментального задания, направленного, казалось бы, на исследование познавательной деятельности, может принципиально дать материал для суждений о личностных установках больного.

Путь опосредованного изучения личности не ограничен. Принципиально любая экспериментальная методика может оказаться пригодной для этого, так как построение модели человеческой деятельности (а приемы экспериментально-психологического исследования являются таковыми) включает в себя отображение человека. Исследованиями Э. А. Евлаховой показано, что даже столь простое задание, как описание несложной картины, зависит от уровня эмоциональной сферы испытуемого.

что обнаружено, что у детей с поражением лобных долей имел место недоучет эмоционального выражения Персона-1, в результате чего содержание картины оставалось нераскрытым. [59].

Нарушение эмоционального отношения с особой четкостью проявилось при описании таких картинок, осмысление которых строится преимущественно на физиогномику изображенных персонажей. Для этой цели Н. К. Киященко [82] были применены картинки так называемого “производственного” ТЕСТ Хекхаузена. Испытуемому предлагалась “глухая” инструкция: “Я вам покажу картинки, посмотрите на них и расскажите, что здесь нарисовано”. Только после выполнения задания ставился вопрос о том, что дало испытуемому основание для того или иного описания.

Данные исследования Н. К. Киященко показали, что здоровые испытуемые подходили к заданию с общей направленностью на выяснение содержания картинки. Эти поиски — определение сюжета картины — проводились с опорой на позу и мимику изображенных персонажей. Как правило, при выполнении всего задания здоровые испытуемые выявляли собственное отношение к изображенным событиям и лицам. ; Совершенно иные результаты получены Н. К. Киященко при исследовании с помощью этой методики больных шизофренией (простая форма). В отличие от здоровых людей у больных 1)й группы отсутствует направленность на поиски правильной интерпретации. В ответах больных содержится лишь формальная констатация элементов картины: “двое людей”, “сидит человек в кресле”, “разговор двух людей” либо обобщенная характеристика: “отдых”, “минута

молчания". Больные не выражают, по правилу, своего отношения к изображенной ситуации. 1 Данные исследования больных эпилепсией обнаружили иные показатели; склонность к детализации, к чрезмерному "морализированию", к гипертрофированным оценочным суждениям — отец обязан поучать сына".

Таким образом, исследование Н. К. Киященко показало, что спрятанная картина с неопределенным сюжетом способна выявить динамику мотивационной сферы человека, его отношения. Однако, чтобы того чтобы это было выявлено, необходимо, чтобы ситуация эксперимента и стратегия экспериментатора возможно глубже способствовали формированию отношения больного. 1 Как мы говорили выше, любая экспериментальная ситуация вызывает отношение испытуемого (поэтому и возможен путь сосредоточенного исследования его личностных реакций), однако существуют методические приемы, представляющие собой непосредственно модели жизненных ситуаций, обостренно вызываю-

- Их отношение, испытуемого. К ним следует отнести систему
- тождество, Кувинина.

Как. Л1")"есдо, К. Левин — представитель немецкой школы, экспериментальной психологии — один из первых сделал предметом психо-

логического исследования потребностную и мотивационную сферы человека: В противовес современной ему эмпирической психологии функций. К. Левин считал, что источником человеческого поведения, мышления являются не ассоциации, а потребности. Под потребностью Левин подразумевает не биологические влечения, а психологические образования (квазипотребности), которые возникают в' связи с принятыми намерениями и целями человека. При этом он подчеркивал, что эти цели и намерения стоят пь своим динамическим свойствам в одном ряду с "истинными" потребностями, что именно они (квазипотребности) специфичны для человека.

В учении Левина о потребностях поставлен вопрос о связи между потребностью и предметом. Он показал, что человек всегда существует в определенной конкретной ситуации (в его терминологии—в "психолбгическом поле"). Предметы, явления "психологического поля" .всегда выступают в каком-то отношении к потребностям человека: они выступают как средства их удовлетворения. Поэтому каждая вещь окружающего "поля" приобретает либо положительную, либо отрицательную валентность в отношении поведения, деятельности человека. В терминологии К. Левина,, она (вещь) приобретает для, человека "положительный или отрицательный" побудительный характер. К. Левин указывал на динамичность этих отношений, на то, что любое действие человека меняет "соотношение сил в ситуации" и по-новому определяет поведение человека.

Поэтому всякое экспериментально-психологическое исследование требует анализа бзаимодействия человека и окружающей

ситуации. (Это может быть отношение к экспериментатору, отношение к предлагаемым задачам, наличие определенной самооценки и др.) Левин подчеркивал, что человек всегда включен в окружающую его ситуацию, сама среда должна рассматриваться в ее отношении к действующему человеку. Характер этих отношений динамичен, зависит от структуры потребностей человека.

Однако проблему строения и формирования потребностей как двигателя человеческой деятельности Левин разрешает с идеалистических позиций гештальтпсихологии. Потребность означает для Левина некую внутриспсихическую “динамическую напряжённую систему”, стремящуюся к разрядке. В разрядке этой “напряженной” системы и состоит, по Левину, удовлетворение потребности. Левин не видел общественно-трудовой обусловленности потребностей, он игнорировал их содержательный характер. Точно так же само понятие “психологическое поле” не означало для него реального объективного окружения, оно являлось феноменальным миром, который выступает по существу отражением тех же, напряженных систем. Раскрытие структуры динамических напряженных систем и их взаимоотношения с “психологическим полем” и должно, по мнению Левина, явиться объяснением волевого действия.

74

этом взгляде на природу волевого действия, которое является краеугольным камнем учения Левина, с особенной отчетливостью выявляются идеалистические взгляды Левина. Точно также, как он

не видел общественной обусловленности потребности, он не усмотрел и того, что волевое действие, хотя и связано в своих истоках с потребностями, не вытекает непосредственно из них, а опосредуется сознанием Человека. Исчерпывающая критика теории К. Левина дана Л. С. Выготским в его статье “Проблема умственной отсталости”. Несмотря на то что эта статья посвящена частной проблеме — умствен-

отсталости, в ней содержится критический анализ теории (Левина в целом. Указывая на положительные моменты теории Левина, а именно провозглашение “единства интеллекта и аффекта, признание динамической природы этого единства, С. Выготский подчеркивает, что эта проблема “ставится и решается вне идеи развития” [150, 464]. Л. С. Выготский справедливо упрекая К. Левина в том, что возможность образования любых намерений и соответствующих им динамических тенденций является спецификой человеческой психики, тут же отмечает: “Разумеется, что сам по себе более высокий интеллект, которым обладает человек по сравнению с животным, не имел бы никакого реального значения в жизни и истории человека, если бы он не был связан с совершенно новыми возможностями деятельности, да и сам интеллект человека не мог бы развиваться вне условий специфически человеческой деятельности, в частности вне труда. Но величайшим заблуждением вина является противопоставление свободы, которой человек падает в отношении действия, человеческому мышлению. Мы знаем, что “свобода воли есть не что иное, как осознанная необходимость, как господство над природой” [50, 474] и дальше: мышление и

аффект представляют собой части единого целого — человеческого сознания” [50, 475]. . 1 Несмотря на указанные методологические ошибки К. Левина, блуга его велика, так как он .показал возможность экспе-лментального исследования мотивов человеческого поведения бл динамике и соотношении с внешней ситуацией. Как правильно мечает Л. И. Божович, “исследования Левина открыли для психологов целую .систему интереснейших проблем, позволяющих экспериментально раскрывать глубочайшие структурные соот-шения, существующие .не только между личностью и средой,; и внутри самой личности” [40, Ю1]. .Именно поэтому оказалось, что система экспериментальные иемов К. Левина позволяет раскрыть структуру личностных разований и особенностей. Эти приёмы экспериментально [крыли некоторые реальные слои человеческой личности и тем (мым дали возможность осмыслить полученные данные с позиций временной советской психологии. К ним применимы слова , Л. Рубинштейна о том, что результат исследования, вскры-лЮЩЙЙ какие-либо существенные зависимости исследуемой об-

ласти знаний, превращается в метод, в инструмент дальнейшего исследования.

Экспериментальные приемы К. Левина и его сотрудников стали широко применяться в детской психологии и патопсихологии. Одними из первых психологов, начавших применять приемы школы Левина при исследовании душевнобольных, были В. Н. Мясищев и его сотрудники (К. М. Кондратская, Р. И. Меерovich и др.). При этом они существенно изменили характер заданий, которые были предложены больным. Оказалось, что содержание заданий не было безразличным для выявления того или иного отношения больного.

В настоящем параграфе мы хотим описать наиболее часто применяемые методики, к которым относятся прежде всего различные варианты исследования "уровня притязаний". Исследования в этой области впервые были начаты сотрудником К. Левина Ф. Хоппе. Методика состояла в следующем: испытуемому предлагается ряд заданий (от 14 до 18), отличающихся по степени трудности. Все задания нанесены на карточки, которые расположены перед испытуемыми в порядке возрастания их номеров. Степень трудности задания соответствует величине порядкового номера карточки.

Исследования Ф. Хоппе показали, что, как правило, испытуемые выбирают после успешных решений задания более сложные и, наоборот, после ряда неудачных решений обращаются к заданиям более легким. Качество выполнения задания влияет на выбор следующего задания.

Задания, которые предлагаются испытуемому, могут быть по своему содержанию весьма различны в зависимости от образовательного уровня и профессии испытуемых. Например, испытуемым школьникам или студентам технических вузов можно предлагать математические задачи, студентам гуманитарных факультетов — задачи, требующие знаний в области литературы, искусства, задания типа головоломок. Иными словами, содержание заданий должно соответствовать общеобразовательному уровню испытуемых. Только при этом условии у них вырабатывается серьезное отношение к ситуации эксперимента, создается ситуация выбора.

” Карточки с заданиями раскладываются перед испытуемым в два ряда. Ему дается следующая инструкция: “Перед Вами лежат карточки, на обороте которых написаны задания. Номера на карточках означают степень сложности заданий. Задания расположены по возрастающей сложности. На решение каждой задачи отведено определенное время, которое Вам неизвестно. Я слежу за ним с помощью секундомера. Если Вы не уложитесь в это отведенное время, я буду считать, что задание Вами не выполнено, и ставлю минус. Если уложитесь в отведенное Вам время — ставлю Вам плюс. Задания Вы можете выбирать

76

Ци”. Таким образом, испытуемому дается право самому выбирать сложность задания, т. е. ставить цель.

1 Экспериментатор может по своему усмотрению увеличивать) уменьшать время, отведенное на выполнение задания, ; самым

'произвольно вызывать у испытуемого переживание ?дачи или
 удачи, показать, что задание выполнено правильно, "о,
 ограничивая время, опровергнуть результаты. Только после 1йки
 экспериментатора испытуемый- должен выбрать другое ^ание,
 более сложное или более легкое. Анализ эксперимен-
 яьныхданных.показал, что выбор задания (по степени труд-[&ти)
 зависит от успешного или неуспешного выполнения преды-рцего.
 Однако само переживание успеха и неуспеха зависит ^отношения
 испытуемого к цели. Испытуемый всегда начинает 5отать с
 определенными притязаниями и ожиданиями, которые меняются
 в ходе эксперимента. Совокупность этих притяза-й, которые
 перемещаются с каждым достижением, Хоппе „зывает “уровнем
 притязаний человека”. Переживание успеха ^и Неуспеха зависит,
 таким образом, не только от объективно достижения, но и от
 уровня притязания. При отсутствии ^вня притязания достижение
 не переживается как успех или
 успех.

^ Исследования Ф. Хоппе показали, что после успешных реше-116
 уровень притязания повышается, испытуемый обращается 1более
 сложным заданиям; после неуспеха уровень притязаний Вдленно
 понижается.

; Работа Ф.. Хоппе была первой попыткой экспериментальным
 ^тем исследовать условия для формирования уровня притязания
 [”д влиянием успешного или неуспешного решения задачи; за ^й
 последовали другие работы.

]; Законы динамики уровня притязания, которые установил Хоппе, были проверены в исследовании М. Юкнат "Достижение, уровень притязания и самосознание". Вместо отдельных "дач, как у Хоппе, она предлагала серию задач.. Первая серия (10 лабиринтных задач) гарантировала успех, т. е. испы-^емый мог решить задачи—найти путь от начала, до конца ^биринта^ Это была "серия успеха". Во второй серии — "серия еуспеха"—все задачи (тоже 10 лабиринтных задач), кроме ервой, не имели решения, т. е. путь лабиринта всегда вел тупик.

'•/ М. Юкнат исследовала две группы испытуемых. Первая группа начинала работу с серии, которая гарантировала успех, торая группа начинала со второй серии. Оказалось, что испы-•уемые, начинавшие с первой серии, во второй серии обнаружили более высокие притязания и, наоборот, испытуемые, которые выполняли сначала задания серии "неуспеха", начинали вторую се^йЮ^с легких задач. Более того, с этими же испытуемыми ярбвбДились эксперименты впустя 2 недели. Испытуемые 1-й се1)ии'*Нтй^Инали,с трудных, а 2-й—с легких заданий. Таким образом, М. Юкнат показала, что формирование уровня

притязаний связано с предыдущим опытом, оно имеет свою динамику.

Работы Ф. Хоппе и М. Юкнат исследовали уровень притязаний испытуемых, интересуясь его динамикой лишь в данной ситуации. В них не ставился вопрос о зависимости уровня притязаний от самооценки испытуемых.

В исследованиях советских ученых была сделана попытка показать эту зависимость; К таким исследованиям принадлежат работы Е. А. Серебряковой [170), Е. И. Савонько [168).

Взяв за основу методику Хоппе, Е. А. Серебрякова исследовала роль успешности выполняемой деятельности в формировании самооценки и уверенности в себе. Если Ф. Хоппе в своей методике предельно абстрагировался от реальных жизненных условий, то Е. А. Серебрякова стремилась максимально приблизиться к ним, В результате своего исследования Е. А. Серебрякова установила несколько видов самооценки: 1) устойчивую адекватную самооценку, 2) неадекватную пониженную самооценку, 3) неадекватную повышенную самооценку, 4) неустойчивую самооценку.

В этом же. исследовании Е. А. Серебрякова обнаружила у различных групп школьников проявление различного типа аффективных реакций на успех и-неуспех. Автор указывает на то, что по мере формирования самооценки последняя начинает влиять на поведение школьника и определяет его реакцию на оценку взрослых. Если эта оценка высока и дает ребенку “почетное” место в коллективе, то она становится в конце концов

потребностью. Отсюда делается вывод о соотношении самооценки и уровня притязаний. “Уровень притязаний есть потребность в определенной удовлетворяющей человека самооценке”. Задачей исследования было изучение эмоционального отношения детей к своим успехам и неудачам. В результате испытуемые разделялись на 4 группы:

1) учащиеся с адекватной реакцией на успех и неудачу, 2) учащиеся с неадекватной реакцией на неудачу, 3) учащиеся с неадекватной реакцией на успех, 4) учащиеся, уходящие от трудностей.

•

Была также выявлена зависимость уровня притязаний от материала эксперимента, природа эмоциональной реакции в ^”грой ситуации, что позволило вплотную подойти к проблеме соотношения уровня притязаний и самооценки.

Таким образом, исследования Е. А. Серебряковой показали Пригодность использования методики Хоппе для анализа формирования личности школьника, для исследования изменений эмоционального состояния испытуемого и его самооценки.

Работами Р. И. Меерович и К. М. Кондратской [132) с помощью этой методики было выявлено формирование уровня притязаний-у детей-истериков.

^

Данные этих экспериментов подтвердили результаты исследований Ф. Хоппе и Е. А. Серебряковой. Выбор задания у

78

уровня испытуемых зависел от успешного или неуспешного решения предыдущих заданий. Исходный уровень притязаний (различным: у некоторых испытуемых все поведение было врожденным, "ощупывающим", у других — более или менее высоким) уровень притязаний вырабатывался сразу, как бы "с ходу". Такая зависимость выбора задания от качества выполнения предыдущего была очевидна. Эта зависимость была часто не линейной, но ситуация выбора всегда выступала. совершенно иные результаты были получены при исследовании кК методикой больных шизофренией (простая форма, с вялым течением процесса). По данным Б. И. Бежанишвили [18], у них было обнаружено отсутствие зависимости выбора задания от успешного и неуспешного предыдущего решения. Уровень притязаний не стабилизировался; не вырабатывалась и адекватная самооценка их возможностей. Высказывания больных не носили сколько-нибудь эмоциональной окраски; больные не обнаруживали огор-

- Лишь даже тогда, когда экспериментатор подчеркивал их неудачи. В исследованиях А. Б. Холмогоровой [19] изучались особенности уровня притязаний у больных шизофренией в зависимости от ведущего синдрома заболевания (невротический, шизопатический, параноидный). Автором была произведена модификация методики уровня притязаний, позволяющая экспериментировать возникающую у испытуемых перспективную цель, выявить ее характеристики и проанализировать влияние на динамику уровня притязаний. В качестве экспериментального материала в этом варианте методики используются лабиринты

одинаковой Чрпени сложности (Нес^Баиве”,. 1974), а в качестве уровня “ятязаний выступает время, которое испытуемый предполагает тратить на каждое последующее задание.

? Эксперимент состоял из двух серий, по семь лабиринтов в каждой. В первой Цт испытуемый последовательно решает семь задач, каждый раз сообщая свой овень притязаний на следующий лабиринт. Так как научение в этих заданиях Нисходит довольно быстро, то результаты заметно улучшаются. Перед малом второй серии экспериментатор сообщает испытуемому “социальную 1рму” выполнения задания—время, за которое якобы выполняют это задание угие. “Социальная норма” составляется самим экспериментатором так, чтобы 1званное время было доступйым для испытуемого,, насколько позволяет об ом судить динамика результатов первой серии, но все же достаточно трудным 1-я достижения. Затем экспериментатор просит испытуемого распланировать свои ютижения сразу на семь оставшихся лабиринтов. Этот запланированный на ^орую серию уровень выполнения и представляет собой перспективную цель. атем в процессе выполнения задания исвытуемому разрешается корректиро-ьть составленный план.

‘ В норме перспективная цель строится, как правило, с учетом Социальной нормы” выполнения и .динамики предшествующих езульатов, т. е., как правило, планируется постепенное улучшение результатов вплоть до достижения “социальной нормы” выполнения. Построенная таким образом перспективная цель стимули- 1ует к улучшению результатов, играет роль регулятора динамики Уровня притязаний. Динамика уровня притязаний в норме харак-

- еризуется высокой подвижностью (частотой изменения уровня

70

притязаний), гибкой зависимостью от успеха-неуспеха, адекватным учетом своих достижений. В ситуации успеха почти нет случаев, когда уровень притязаний остается неизменным, при этом выражена ориентация на улучшение достижений (уровень притязаний постоянно растет).

В группе больных с неврозоподобным синдромом преобла. дала негативная симптоматика. У этих больных перспективная цель носит статичный, не ориентированный на будущее характер (планируется, как правило, достижение уже полученного лучшего результата). Таким образом, у больных отсутствует регулятор динамики уровня притязаний, стимулирующий к росту достижений. Ориентация на “социальную норму” достижения отсутствует. Уровень притязаний в ситуации успеха малоподвижен и не растет вверх. В динамике уровня притязаний преобладает мотивация избегания, выражены защитные формы поведения. Уровень притязаний несколько более подвижен и адекватен в ситуации неуспеха. Собственные достижения в целом учитываются (среднее отклонение уровня притязаний от уровня достижений близко к норме), но без всякой ориентации на их улучшение.

- При психопатоподобном синдроме происходит снижение ориентации на уровень достижений (среднее отклонение уровня притязаний от уровня достижений вдвое больше, чем в норме). Перспективная цель строится без учета реальных достижений и их динамики и носит неадекватный характер. При этом выражены две тенденции: больные либо вообще игнорируют “социальную норму” выполнения, либо ставят задачу достичь

ее сразу, без промежуточных этапов. Для больных этой группы характерно особенно выраженное снижение критичности.

При параноидном синдроме у многих больных также снижается ориентация на уровень достижений, а в самом плане не учитывается “социальная норма” и динамика достижений. Больные этой группы часто не целиком принимают экспериментальную ситуацию (например, не верят, что лабиринты одинаковы по сложности), что может самым причудливым образом искажать картину динамики.' . — Динамика уровня притязаний у больных шизофренией (вялотекущая форма) была детально изучена в исследовании Н. С. Ку-река [101] с помощью различных методических приемов. Автор раскрывает связь адинамии уровня притязаний со снижением активности у больных, шизофренией и нарастанием шизофрени-чс^ого дефекта.

Как показали исследования А. Б.Холмогоровой иЦ. С. Ку-река< наиболее адекватным для изучения уровня притязаний при шизофрении является методический прием, где в качестве экспериментального материала используются лабиринты одинаковой сложности, а в качестве уровня притязаний выступает время, которое испытуемый предполагает затратить на каждое следующее задание. В отличие от методики М. Юкначчс. 'разными по сложности лабиринтами в данном варианте испытуемый может

однократно формировать один и тот.же уровень притязаний и же

вообще не изменять его. Кроме того, в указанном варианте тодики испытуемый получает более полную информацию о своих достижениях, и соответственно выявляются более тонкие взаимосвязи уровня притязаний и уровня достижения. Это и позволило вскрыть наиболее характерную, особенность уровня притязаний при шизофрении — его патологическую ригидность, особенно выраженную в ситуациях успеха (резкое снижение частоты изменений уровня притязаний по сравнению со здоровыми испытуемыми) [101; 190].

Совершенно иная картина выявляется при исследовании уровня притязаний психопатов. Уровень притязаний у них очень быстро формировался и, как правило, был завышен. Однако он отличался хрупкостью, неустойчивостью: при малейшей неудаче он снижался и точно так же быстро повышался при удачных явлениях.

Чрезвычайно интересным оказался тот факт, что неустойчивый уровень притязаний у больных психопатией сочетается, с уменьшением истощаемостью к концу эксперимента. Ситуация эксперимента теряет свою актуальность, наступает быстрое угасание влечения к действию. Тенденция к повышенной самооценке, которая присуща, как правило, этим больным, не может заменить угасающего мотива к действию.

Данные Б. И. Бежанишвили перекликаются с работами Л. И. Меерович и К. М. Кондратской [132], исследовавших уровень притязаний у детей-истериков. В этой интересной работе ставился вопрос о соотношении уровня притязаний и характера

еятельности. Исследователи применили методику Ф. Хоппе, прием детям предлагалось решать задачи в экспериментальной ситуации (прохождение через лабиринт) и в игровой ситуации: 1) попадание шариками в отверстие ящика с разной удаленности от него—десять линий исходной позиции, 2) попадание шариками в отверстия различного размера. Исходя из полученных данных авторы, в зависимости от того как проявили себя в эксперименте испытуемые, делят их всех на три основные группы: группа А, группа В и группа С. 1 Испытуемые группы А. Для них характерен изначально низкий уровень притязаний, резкое повышение его при успехе, часто неадекватный выбор очередной задачи (после неуспеха выбирают более сложную), стремление к скорому прекращению действий при неуспехе, особенно в глазах окружающих. Имеет место конфликт между притязаниями больных и невозможностью их реализации. Такое поведение согласуется с поведением испытуемых в общественно-трудовой ситуации, характерным для которого являются стремление к главенствующей роли в коллективе, переход от помощи коллективу к конфликтам с ним из-за повышенной аффективности. Резкой смены настроений.

Испытуемые группы В. В отличие от предыдущих эти дети характеризуются более длительной работой над задачами при

наличии той же конфликтной ситуации. Испытуемые более осторожно и плавно повышают свои притязания, но этот подъем также невызван успехом. Эти испытуемые еще менее устойчивы и целе-• направлены, более аффективны.

В общественно-трудовой ситуации для них характерна неустойчивость трудовой установки, разбросанность, резкая неуживчивость в Коллективе.

; Испытуемые группы С. У этих испытуемых обнаруживается ^ большая устойчивость и целеустремленность, большая подвижность' уровня притязаний. Это обусловлено множеством конфликтное, возникающих при решении задач: между желанием оставить ^лгру и оборвать ее на неуспехе; между сомнением в успехе и на-о^еждой на успех, между стремлением бросить с далекой дистанции ^1" ^й необходимостью менять линию из-за постоянного неуспеха. ^^•: В общественно-трудовых ситуациях эти дети еще более не-^1устойчйвы, плохо справляются с нагрузками из-за недостаточного ^Дяюлевого усилия, в коллективе — неадекватные отношения с това-^Цйщами из-за большой требовательности к другим при недоста-й^^очной самокритике. .

;1-^", Авторы отмечают, что, несмотря на различия, у всех исследованн^х детей-истериков имеются общие черты. Это завышенный йЦ^^ровень притязаний, наличие которого обуславливает наличие ^^Вйфликтов в деятельности и делает поведение истериков неадекватным окружению.

1' В ходе дальнейших исследований (Н. К. Калита, А. И. Обозов, В. Н. Которский) выявлена ограниченность методики "исследования уровня притязаний" в том виде, как она применялась ДьХоппе, Б. Бежанишвили и др. В работе Н. К. Калиты показано, что применение вопросов, выявляющих якобы "общеобразовательный уровень", не надежно, так как вопросы, предложенные И. Бежанишвили, объективно не имеют основания, по которому они могли бы судить о степени их большей или меньшей сложности для испытуемого. Объем знаний испытуемых по тем разделам, которые были затронуты в вопросах, различен: испытуемые иногда дедали очень быстро решить трудные задачи, не выполнив при этом более легкие. Поэтому оценка экспериментатора теряла свое значение для испытуемого. На первый план выступала его дооценка.

К. Калита пришла к выводу о необходимости найти более четкие градации сложности заданий. Она внесла следующую вариацию в методику эксперимента. Испытуемым предлагались пары картинок, которые отличались друг от друга количеством элементов (типа "проб на внимание"). Испытуемые должны были найти различия между ними. Было составлено 10 заданий, расположенных по возрастающей степени трудности. Критерием сложности служило количество различий между картинками и время, которое было нужно здоровому человеку для их нахождения (от 15 с до 3 мин). Испытуемому казалось, что исследуется его внимание.

Подобная модификация методики позволила Н. К. Калите (79) Цвить следующее.

1;1. Формирование уровня притязаний зависит не только от жки экспериментатора, но и от отношения испытуемого к периментатору и эксперименту в целом. ?2. Уровень притязаний не образуется в тех случаях, когда испытуемого формируется “деловое” отношение к эксперименту, гда мотивом для него становится стремление познакомиться .адачам^.

Все эти данные приводят к следующему выводу: для того чтобы перимент мог выявить уровень притязаний человека, он должен 1гь так смоделирован, чтобы мог вызвать не только направ- ^ность на содержание задачи, но и способствовал формиро-1нию отношения к экспериментальной ситуации и к эксперимен-

1”пу-

1 Вместе с тем .уже в исследовании Н: К. Калиты была обна-1кена связь уровня притязаний с Самооценкой. Специально эта ДЮблема была поставлена в дипломных работах А. И. Обознова 1В. Н. Которского. Проведенные ими' эксперименты с учени-1ми средних и старших классов показали, что уровень, притя- ‘ 1ний зависит не только от успешного или неуспешного выпол-1ния заданий и оценки экспериментатора, сколько от само-^енки подростка. Эти данные соответствуют гипотезе, выдви^ той Л. И, Божович: у детей-подростков возникает ‘ потреб-сть в сохранении определенной самооценки, и поведение под-стка ориентируется именно на нее.

Е. И. Савонько [168] было показано, что в зависимости от зроста можно выявить разное соотношение между ориентацией на оценку и на самооценку. Было показано, что от класса к классу, . е. с возрастом, увеличивается количество детей с преобладающей ориентацией на самооценку и уменьшается число детей, Ориентирующихся преимущественно на оценку другими людьми. Иными словами, с возрастом самооценка приобретает все большее значение как регулятор поведения.

Наиболее значительный сдвиг от ориентации на оценку к Ориентации на самооценку происходит в подростковом возрасте. Этот факт может быть поставлен в связь с появлением у подростка потребности сделать предметом сознания качества собственной Личности. Это не означает, что преимущественная ориентация на самооценку приводит к игнорированию оценки со стороны других людей. Однако в подростковом возрасте мотивационное значение самооценки уже настолько велико, что при расхождении между требованиями, вытекающими из самооценки, и оценкой со стороны других преобладающим мотивом поведения оказывается само-^ оценка. •

Однако формирование самооценки еще не означает, что ее наличие всегда вызывает адекватную деятельность. Решение этого ^вопроса зависит от того, является ли сама самооценка адекват-^ ной или неадекватной. Наши исследования с больными психопат-

тами показали, что завышенная неадекватная самооценка может выступать в виде тормоза адекватных действий и поступков. - Так, завышенная самооценка у психопатических личностей сталкиваясь с более низкой оценкой окружающих, приводит к аффективным срывам так же, как и недооценка своих возможностей приводит к снижению уровня притязаний. Таким образом, динамика уровня притязаний в какой-нибудь узкой конкретной деятельности связана с самооценкой человека в более широком смысле этого слова.

Связь уровня притязаний с самооценкой была выявлена в исследованиях Л. В. Викуловой (1965) и Р. Б. Стеркиной (1970).

В экспериментах Л. В. Викуловой обнаружилось своеобразие динамики уровня притязаний, присущее детям-олигофренам. На материале учебной деятельности (две серии задач по математике, вопросы по истории, географии и литературе), а также с помощью экспериментальной методики Косса было показано, что у детей-олигофренов уровень притязаний вырабатывается либо очень замедленно, с трудом и только под конец эксперимента, либо вовсе не вырабатывается. Выбор задач у этих детей нередко характеризуется бездумностью, успешное или неуспешное выполнение предыдущего задания не влияет на выбор последующего. Обнаруживается равнодушное отношение к успеху и неудаче в работе. В то же время установлено, что дети-олигофрены чрезвычайно чувствительны к оценке экспериментатора, особенно к отрицательной, к замечаниям. Таким образом, в характеристике уровня притязаний детей-олигофренов на первый взгляд выступает парадоксальное

сочетание трудности или даже невозможности выработки уровня притязаний (на фоне-равнодушного отношения к результатам деятельности) с повышенной ранимостью к замечаниям экспериментатора.

В исследовании Р. Б. Стеркиной была сделана дальнейшая попытка выявить, что лежит в основе наблюдаемых противоречий, и психологически их проанализировать. Р. Б. Стеркина проводила эксперименты на двух видах деятельности: учебной (математические задачи) и ручной (вырезание).

Оказалось, что уровень притязаний вырабатывался у детей-олигофренов при выполнении задания “вырезание” и не формировался при выполнении учебной (математика). Р. Б. Стеркина сочла возможным объяснить это явление тем, какую степень важности, какое место занимают оба вида деятельности у исследуемых детей.

Учебная деятельность занимает в структуре личности детей-олигофренов иное место, чем у их здоровых сверстников. Умственно отсталому ребенку обычно трудно дается математика, в течение длительного времени он постоянно терпит неудачи, у него создается установка, что он не может достичь хороших результатов в этой деятельности. Создается ситуация, связанная с ситуацией в экспериментах М. Юкнат, о которой говорилось выше. Со временем у ребенка выработалось своеобразное пассивное

34

отношение к этой деятельности. Деятельность приобретает для ребенка характер “пресыщенной”. Естественно, что уровень притязаний в

этой деятельности, которая не затрагивает личности ребенка, формироваться не может. Недаром у учеников более сильных, которые успешнее проявляли себя в математике, подобное отношение выражено меньше.

1 Практическая же деятельность (вырезание) более доступна «умственно отсталым» и не является для них деятельностью превращенной; Она не вызывает к себе равнодушного отношения, а, наоборот, располагает относиться к ней с интересом, т. е. затрагивает личностные особенности субъекта. Поэтому уровень притяжения в этой деятельности формируется. ; Таким образом, экспериментально установленный уровень притяжения личности в какой-нибудь конкретной деятельности должен быть только проанализирован в соотношении с самооценкой личности. Только тогда он может стать фактом, вскрывающим какие-то скрытые личностные отношения испытуемого, вскрыть условия, способствующие или тормозящие формирование самооценки (у гиперпсихопатов, детей с задержкой умственного развития, детей-эпилептиков).

К методикам, направленным на исследование самооценки, следует отнести и методику, разработанную С. Я. Рубинштейн [165]. Она представляет собой вариант методики Т. В. Дембо, которая применялась для выявления «представления о счастье», но С. Я. Рубинштейн использует ее значительно шире для выявления самооценки. Заключается методика в следующем: перед испытуемым кладут чистый лист бумаги; экспериментатор проводит на нем вертикальную черту и просит испытуемого отметить свое «место по состоянию здоровья среди всех людей,

размещенных 1а этой черте (от самых здоровых — вверху до самых боль-1ых—внизу).

\ Затем испытуемому предлагается аналогичная задача: его 1просят отметить свое место среди всех людей по уму (вторая “ертикальная черта); после этого—по счастью и по характеру третья и четвертая вертикальные черты).

- Когда испытуемый выполнил все эти задания, его просят рассказать, каких людей он считает счастливыми, несчастливыми, глупыми, умными и т. д. Таким образом, в конечном итоге выявляется соотношение самооценки испытуемых с их представлением об этих категориях. По данным С. Я- Рубинштейн, у здоровых людей независимо от их самооценки обнаруживается тенденция к “точке чуть выше середины”.

При психических заболеваниях нередко наблюдается не критичное отношение к своей болезни и способностям, вследствие 1чего самооценка больных является в одних случаях слишком завышенной,, в других — слишком заниженной.

Сопоставление данных методики “уровня притязаний” и исследования самооценки, по Дембо — Рубинштейн, оказалось полезным для выявления личностных особенностей больного.

Адекватным приемом для исследования патологически измененной личности явилась методика, “исследования психического пресыщения”, предложенная ученицей К. Левина А. Карстен. Она направлена на исследование возможности удержания и восстановления побуждения к выполнению задания.

Испытуемому предлагается выполнить длительное монотонное задание, например рисовать черточки или кружки (при этом перед испытуемым лежит большая стопка листов бумаги). Ему дается инструкция: “Чертите, пожалуйста, черточки (кружочки) вот так (экспериментатор чертит несколько одинаковых черточек или кружочков)”. Если испытуемый спрашивает, сколько же ему надо чертить, экспериментатор отвечает абсолютно бесстрастным голосом: “Сколько вам захочется, вот перед вами лежит бумага”.

Исследования, проведенные А. Карстен (1927) и И. М. Соловьевым-Элпидинским (1933), показали, что вначале испытуемые довольно аккуратно выполняют предложенное им задание; однако, спустя короткое время (5—10 мин), они начинают привносить в задание вариации, т. е. незаметно для себя испытуемый несколько меняет задачу. Эти вариации носят характер либо изменения внешней структуры задания (черточки или кружочки становятся меньше или больше), либо темпа работы, ритма и т. д. Иногда испытуемые прибегают к “сопроводительным” действиям: они начинают напевать, посвистывать, постукивать ногами. Эти вариации свидетельствуют о том, что побуждение к выполнению задания

начинает иссякать, наступает, как выражается А. Карстен, явление “психического пресыщения”.

По мнению Карстен, подобные явления, т. е. появлений вариаций в задании, свидетельствуют о том, что побуждение к выполнению задания начинает иссякать; вариации носят в известной мере характер “профилактических” действий; изменение в структуре заданного, действия дает возможность продолжать его. Вариации представляют собой временный “уход” от работы, которая реализуется в переходах к деятельности, близко лежащей к основной. И. М. Соловьев-Элпидинский назвал, вслед за А. Карстен, появление вариации “эквивалентом ухода от работы”. Чем тоньше такие эквиваленты, тем более они свидетельствуют о гибкости поведения испытуемого.

Экспериментатор тщательно записывает спонтанные высказывания испытуемого, характер его реакций, его мимику, выразительные движения. При этом фиксируется время появления новых вариаций.

Спустя некоторое время (обычно 20—30 мин), когда учащаются вариации и их проявление приобретает выраженный (“грубый”) характер, дается новая инструкция: “Это монотонное задание вам было предложено для того, чтобы исследовать вашу выдержку. Продолжайте, если хотите, вашу работу” ^

Реакция испытуемых на новую инструкцию различна. Некоторые испытуемые сердятся: “Что же вы мне раньше не сказали”,

саят работу. Других же новая инструкция приводит к новому делению ситуации. “Ну, тогда другое дело”, — часто слышится •вет. Подобное осмысление задания часто приводит к тому, вариации становятся реже, менее выраженными, а иногда и ;ем исчезают.

1осле новой иструкции экспериментатор тщательно записи-, ‘ реакцию и высказывания испытуемого, отмечает, как и рань-1 время наступления и характер вариаций. Время прекращения 1 опыта заранее не установлено. Как правило, испытуемые ^прекращают работу: “Не могу больше”. Но иногда некото-1 испытуемые сами не склонны прекратить ее, потому что меня-1:для себя .смысл задания. Об этом свидетельствуют .как атанные высказывания, так и самоотчет испытуемых. “Я хотел потреть, кому скорее надоест, Вам (т. е. экспериментатору) мне” или “Я хотел проверить себя, как долго я могу зани-1ься этим скучным делом”. Следовательно, у здоровых испытуе-1 образуется новый мотив для выполнения действий; мотив к 1<ствию начинает соотноситься с Дополнительными мотивами. Суждение к действию вытекает из более отдаленных мотивов. 'Эти исследования были проведены с умственно отсталыми гьми И. М. Соловьевым-Элпидинским 1176]. Оказалось, что [ги-олигофрены выдерживают задание так же длительно, как и оровые дети, следовательно, работоспособность у них может азаться ненарушенной.'

Однако протекание самого процесса пресыщения обнаружи-ет особенности, которые заключаются в “полярности” их реак-^й. С

одной стороны, у умственно отсталых детей наблюдаются тупые формы вариаций, длинные паузы, временные уходы от работы при длительной выдержке и выносливости (в отношении именно этого монотонного задания); с другой стороны, дети-эпифрены быстро бросают надоевшую работу, не привнося в нее никаких вариаций, не изменяя ее. Эти факторы говорят, помимо И. М. Соловьева-Элпидинского, о том, что олигофрен лишен возможности находить новые, дополнительные мотивы для продолжения деятельности, что иерархическое построение его мотивационной сферы недостаточно (в терминологии К. Левина и Г. Карстен — отсутствие достаточной коммуникации между ними). Особенно отчетливо выступил этот феномен (И. М. Соловьев-Элпидинский (1934), Б. В. Зейгарник (1938)) у детей с выраженной степенью умственной отсталости.

Этот методический прием был очень продуктивным для выявления личностных особенностей больных эпилепсией. Оказалось, что они не только длительное время выдерживают монотонное задание, но и мало варьируют. Мы имели возможность наблюдать больного, который выполнял монотонное задание, чертил черточки в течение 1 ч 20 мин, не обнаруживая тенденции к вариации.

1 Показательной оказалась также реакция больных эпилепсией на вторую инструкцию. Если у здоровых людей, взрослых и детей

вторая инструкция придавала новый смысл всей экспериментальной ситуации, то у больных эпилепсией, так же как и у детей-олиго-френов, такого переосмысления не наступало. Таким образом приведенные данные показали, что исследования процесса пресыщения являются удачным методическим приемом для исследования динамики и изменения процесса смыслообразования. Интересные результаты были получены с помощью данной методики у больных с нарушением работоспособности. В экспериментах с больными с травмами головного мозга мы могли отметить, что пресыщение наступает у них гораздо быстрее. В то время как у здоровых людей вариации наступают в среднем спустя 10 мин, у травматиков вариации появляются спустя 2—3 мин, характер вариаций грубее. Эксперимент обнаруживает быструю истощаемость мотива деятельности у подобных испытуемых.

Однако ни в работе А. Карстен, ни в последующих не был поставлен вопрос о роли осознанных мотивов, которые могут предотвратить наступление пресыщения. Этой проблеме посвящена работа Л. С. Славиной [172], в которой изучалось, при каких условиях сознательно поставленная цель может выступить в качестве мотива, который преодолевает явления пресыщения. Л. С. Славина изменила методику А. Карстен и И. М. Соловьева-Элпидинского следующим образом.

- 0 Опыты проводились в течение нескольких дней. В качестве экспериментальной деятельности была выбрана та же однообразная деятельность, выполнение которой создавало у ребенка в относительно короткий срок явление

“психического пресыщения”. Ребенку предлагали ставить точки в кружки (буква “О”, напечатанная на машинке через интервал). Опыты состояли из трех частей. Первая “подготовительная” часть эксперимента заканчивалась в тот момент, когда дети проявляли все признаки “психического насыщения”, работали вяло, медленно, с вариациями, с длинными паузами и вздохами.

Во второй части эксперимента (контрольной) проверялось, насколько прочно было стремление детей прекратить работу. После отказа ребенка работать экспериментатор пытался настойчивыми просьбами побудить ребенка продолжить работу. При этом инструкция оставалась прежней: “Сделай, пожалуйста, еще”, “Сделай еще, сколько можешь” и т. д.

В третьей (критической) части изучалось побудительное влияние сознательно поставленной перед ребенком цели действия и условий, при которых эта цель может выступить как мотив. Опыт проводился на следующий день после контрольной части и заключался в следующем: в. противоположность полусвободной инструкции, которая давалась ребенку во все предшествующие опыты, при которой работа выступала как “безграничная” и от самого ребенка зависело время ее прекращения, в этом опыте ребенок с' самого начала получал точное указание объема работы (“Сегодня сделай столько-то квадратиков, больше не нужно”).

88

Оказалось, что введение цели, ограничивающей деятельность, изменяло структуру деятельности ребенка. Почти все дети

10ЛНЯЛИ работу по объему больше, чем в два раза. 'Анализируя данные эксперимента, Л. С. Славина указывает,) в первой и второй частях эксперимента у ребенка создается "фликтная ситуация: с одной стороны, ребенок "насыщается", у не хочется работать, но, с другой стороны, его побуждает к стельности социальный мотив, заключенный в ситуации экспери-бта. .Предъявление цели позволяет ребенку разрешить имею-1йся конфликт, но при этом должно быть соблюдено усло-г—предъявлениецели должно предшествовать актуализации яожительной потребности.

Таким образом, эксперимент на пресыщение оказался адекват-1м методическим приемом для исследования строения деятель- , сти и ее патологии.

‘ В 'дипломной работе В. Д. Прошутинской (1976) методика ресыщения" в варианте Л. С. Славиной была использована я исследования детей, перенесших органическое поражение "тральной нервной системы, которым ставился диагноз за-ржки умственного развития, и с детьми-олигофренами. Состоя-"е этих детей характеризовалось как цереброастеническое. Ока-лось, что введение цели, ограничивающей деятельность (третья, Этическая часть опыта, по Л. С. Славиной) хотя и меняло руктуру деятельности, но в меньшей степени, чем у здоровых тей. Хотя объем выполняемой работы становился больше, но он >. достигал объема здоровых детей. У детей-олигофренов увели-&ние объема не выступало: введение цели не меняло структуру адания.

: ^Мы столь подробно остановились на системе К. Левина, потому то она показывает, что проблема эксперимента в психологии неоднозначна. Эксперимент может выступить в качестве инструмента, способа доказательства какого-то положения (например, павловской школы он должен был доказать значение ^терминирующей тенденции, для бихевиористов — зависимость реакции от стимула), а в школе Левина некоторые приемы превращались не в орудия, не в доказательство какого-нибудь сложения, • а в прием порождения определенного жизненного Отрезка. Остановимся в качестве примера на вышеописанных Опытах А. Карстен (на пресыщение). В этом эксперименте важно >ыло не только и даже не столько (хотя' это учитывалось) количество вариаций, учет времени их появления, сколько необходимо ^ыло выявить механизмы их появления, уловить те факторы, при которых наступало или не наступало пресыщение.

Так, например, пресыщение не наступало тогда, когда испытуемый ставил свою “собственную”, отличную от поставленной экспериментатором 'цель—утомить экспериментатора. Иными словами, испытуемый пытался поставить экспериментатора в позицию испытуемого. И тогда возникала новая ситуация — экспериментатор как бы принимал “вызов” испытуемого (показывал, что

он явно устал, зевал, потирал глаза)., и тогда у испытуемого 1 пресыщение не наступало, так как он действовал согласно своей*] цели. Но экспериментатор мог занять и другую позицию — не 1 принимал “вызова” испытуемого, а наоборот, усиленно наблюдал за ним, записывал что-то в протокол, не освобождая его от 1 позиции испытуемого. В таких случаях признаки истощения, т. е. ; вариации выступали. 1 . 1

- 1 Аналогична была и ситуация в опытах Т. Дембо, где необходимо было найти несуществующее решение задачи. Испытуемые (здоровые, образованные люди) бегали по нарисованному квад. рату, сердясь на экспериментатора. Интересно, что они не только злились на Дембо в данный 'момент; многие потом признавались, что когда встречали ее на следующий день около института они переходили на другую сторону улицы, чтобы “не видеть ее”

Таким образом, по Левину, ситуация эксперимента — это не просто правильное или неправильное выполнение задания, предложенного экспериментатором. Это формирование определенной жизненной ситуации, формирование, по выражению Попитцера “сегмента драмы”.

‘ .Формировалось не просто отношение “экспериментатор — испытуемый”, осуществлялось не только принятие цели, находились не только пути решения задачи, а вызывались реальные эмоции, естественное поведение, т. е. возникал определенный реальный пласт жизни со всеми своими нюансами.

Ситуация эксперимента затрагивала в той или иной форме и самооценку, и критичность, выявлялась саморегуляция человека, причем происходило это не с помощью интерпретации, а непосредственным образом; т. е. как в реальной жизни. Ситуация подобного эксперимента включала в себя все то, о чем пишут представители других школ: индирективность поведения (Роджерс), оживление ассоциаций, грезы, мечты (Фрейд) и т. п.

Подобная форма эксперимента представляет собой не только способ, но и формирование реальной ситуации. Пато-психологический эксперимент строится именно подобным образом.

За последнее время наметились еще некоторые аспекты изучения личностных особенностей психически больных: сопоставление жалоб больных & 'отношении своей умственной недостаточности с выявленными экспериментальным путем-особенностями. Подобный методический прием был применен В. В. Костиковой (96); которая сделала попытку проанализировать так называемую “внутреннюю картину болезни” у психически больных.

Понятие “внутренняя картина болезни” выдвинул известный • терапевт Р. А. Лурия, под которой он понимал “все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом к врачу—; весь тот огромны^ внутренний мир больного, который состоит из

весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов,

90

конфликтов, психических переживаний и травм". Он указывал, что поведение и психика человека меняются с того момента, когда он узнает о своем заболевании [123,381]. Р. А. Лурия говорил о значении изучения "внутренней картины болезни" при соматических заболеваниях. Несомненно, что роль возрастает при психических заболеваниях. С полным правом В. В. Костикова указывает, что сравнение субъективного и объективного анамнеза в истории болезни помогает установить, есть ли у больного сознание болезни, насколько адекватно он оценивает тяжесть своего состояния, какие переживания связаны с болезнью. Не менее показательным является сопоставление жалоб больных с результатами экспериментально-психического исследования. Ситуация экспериментального исследования является для больного личностно-значимой ситуацией. И поэтому отношение больного к ней, эмоциональная реакция на акт "исследования способностей" являются характеристикой личности больного.

В. В. Костикова выделила три группы жалоб больных. 1. Жалобы на снижение умственной работоспособности. Они включали высказывания больных об изменениях памяти и сосредоточенности, вызывающих затруднения в профессиональной деятельности.

2. Жалобы на измененное отношение к окружающему. К этой группе относились высказывания больных о

характерологической эмоциональной измененности, появившейся в ходе болезни. 3. Жалобы на соматические недомогания. В эту группу включены Жалобы больных на головную боль, бессоницу и телесные недомогания. „ Рассмотрение жалоб больных разных нозологий выявляет некоторые особенности, общие для внутренней картины болезни всех исследованных больных. Как правило, по содержанию они мало соответствуют истинной картине заболевания. Скудость или гипертрофированность внутренней картины болезни, неадекватные, а порой мелкие, но поднятые на неоправданную высоту жалобы — все это в равной степени говорит лишь о грубо искаженном отражении в сознании больного картины заболевания. Вместе с тем В. В. Костинова отмечает некоторую нозологическую специфику внутренней картины болезни. Различна и самооценка больных в целом. Так, больные шизофренией склонны недооценивать нарушения, вызванные болезнью). Их самооценка достаточно высока.

„ Больные Эпилепсией обнаруживают при сравнительно правильной оценке тяжести пароксизмальных состояний склонность к недооценке психических нарушений. 1 Больные инволюционными психозами обнаруживают явную переоценку тяжести болезненного состояния. Однако в основном это касается соматического состояния больных. 1 ‘ Жалобы больных органическими заболеваниями центральной и нервной системы полиморфны, но адекватны по содержанию.

Таким образом, рассмотрение жалоб больных позволяет сделать некоторые выводы об особенностях их самооценки. Особенно показательным оказалось сравнение жалоб больных с данными экспериментально-психологического исследования. Оно позволило судить о степени сохранности их личности, проявляющейся прежде всего в способности сохранять адекватное целенаправленное поведение. Одним из основных показателей такого поведения является позиция больных во время исследования, которая может быть адекватной установкам личности или неадекватной, устойчивой или лабильной. Она отражает в известной степени и позицию больных в реальной жизни. Изучение внутренней картины болезни является одним из адекватных методов исследования личности больных.

1

Для исследования личностных особенностей в последнее время широко используются проективные методики. Наиболее распространены из них — это чернильные пятна Роршаха, Тематический Апперцептивный Тест (ТАТ), предложенный Морреем и Морганом, разработанные нашими советскими психологами [4, 175 и др.].

§ 3. НАРУШЕНИЕ СТРУКТУРЫ ИЕРАРХИИ МОТИВ

На современном этапе исследований мы не можем предложить какую-нибудь жесткую устоявшуюся классификацию личностных нарушений. Поэтому мы остановимся на тех личностных изменениях, анализ которых можно провести в наиболее разраб-

тайных в советской психологии теоретических понятиях, к которым следует отнести понятие деятельностного, системного подхода. Анализ деятельности, как об этом неоднократно писал А. Н. Леонтьев, должен производиться через анализ изменений мотивов.

“1

До сих пор изменение мотивов исследовалось психологами либо в ходе онтогенетического развития ребенка, либо оно вызывалось экспериментально [40; 172). Однако изменение мотивов мы часто наблюдаем у людей, страдающих разными формами психических заболеваний. Психологический анализ этих мотивационных изменений и является, на наш взгляд, адекватным средством исследования личности больного человека. Кроме того, это особенно значимо, патологический материал дает в некоторых случаях возможность не только проанализировать изменения мотивов и потребностей, но и проследить процесс формирования коррекции этих изменений.

1

Такое прослеживание требует уточнения тех основных характеристик мотивов, на которые психологический анализ может опираться. К таким характеристикам относятся их опосредованный характер и иерархичность их построения.

А.Н. Леонтьев указывает на тесную связь мотивов и потребностей. Подчеркнув, что анализ потребностей может быть проведен

92

через раскрытие их предметного содержания, он указывает, что “это преобразует психологическую проблему потребностей в проблему мотивов деятельности”. А это означает признание

сложного отношения мотивов с разными потребностями, признание их иерархического построения.

Усложнение мотивов, их опосредование и иерархическое построение начинаются у ребенка уже в дошкольном возрасте и происходят дальше в течение всей жизни: мотивы теряют свой непосредственный характер, они начинают опосредоваться сознательно поставленной целью, происходит подчинение одних мотивов другим. Например, желание овладеть какой-нибудь профессией как общий мотив поведения включает в себя целый ряд частных: овладеть нужными знаниями, усвоить определенные навыки и многое другое. Каждая из этих целей в свою очередь разбивается в реальной деятельности на ряд более мелких, которые и определяют в каждом конкретном случае поведение человека. Поэтому деятельность человека отвечает всегда не одной, а нескольким потребностям и соответственно побуждается несколькими мотивами. Однако в конкретной человеческой деятельности можно выделить ведущий мотив. Именно он придает всему поведению определенный смысл.

Наличие ведущих мотивов не устраняет необходимости мотивов дополнительных, непосредственно стимулирующих поведение, однако без ведущих мотивов содержание деятельности лишается личностного смысла. Именно этот ведущий мотив обеспечивает возможность опосредования и иерархии мотивов. Иерархия мотивов является относительно устойчивой и этим обуславливает относительную устойчивость всей личности, ее интересов, позиций, ценностей. Патологический материал позволяет проследить закономерности изменения мотивационной сферы человека,

которые приводят к смене позиций, интересов, ценностей личности. Как” нам кажется, наиболее отчетливо эти закономерности можно обнаружить у больных психическими заболеваниями, при которых процесс нарушения мотивов, установок и ценностей происходит достаточно развернуто, позволяя проследить его отдельные этапы. Одной из адекватных моделей для анализа оказались нарушения личности, выступающие при хроническом алкоголизме [42].

В качестве методического приема в этой работе был применен предложенный нами в 1965 г. метод психологического анализа историй болезни в их сопоставлении с данными экспериментально-психологических исследований. При таком подходе имеют место две группы фактов: одна из них касается нарушения иерархии мотивов, другая — способа формирования новой потребности (патологической).

Прежде чем 'провести анализ этих фактов, приведем в качестве иллюстрации данные истории болезни одного больного, (предоставлённые Б. С. Братусем.

Бальной Г., 1924 г. рождения, диагноз: хронический алкоголизм с деградацией личности (доктор Г. М. Энтин).
1

В детстве рос и развивался нормально. Был сообразительным ребенком, 1 любил читать. В школе — с 8 лет, учился отлично. По характеру — общительный^ 1 жизнерадостный. Учась в школе, одновременно занимался в студии самодеятельности при Доме пионербв. Выступал в клубах, на школьных вечерах. С 1943 г. 1 служил в армии. Серьезных ранений и контузий не имел. После войны Г. стано. 1 вится актером гастрольного драматического театра. Исполняя заглавные роли, 1 пользовался успехом у зрителей. Потом 'перешел в областную филармонию на 1 должность актера-чтеца. Больной имел много друзей, был “душой компании”.] Женат с 1948 г., детей нет.
1

Алкоголь употребляет с 1945 г. Сначала пил редко, по праздникам, в компании. С 1951 г. стал пить чаще. Изменяется характер: Г. делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым. В 1952 г. от больного уходит жена из-за злоупотребления им алкоголем. Вскоре 1 он женился вторично.

•]

Меняется отношение к работе. Если раньше, по словам Г., каждый концерт] “был праздником”, то теперь является на концерт в нетрезвом состоянии. Получил] за это строгий выговор с предупреждением.

Изменился и характер выпивки: больной отошел от прежних друзей, в большинстве случаев пьет один. Пропивает всю зарплату, не дает денег семье, наоборот, берет у жены деньги “на опохмеление”. Летом 1952 г. пропил свою шубу.

В 1958 г. по совету жены обратился к психиатру с просьбой полечить его от алкоголя. Но, не дождавшись начала лечения, запил. По настоянию жены вторично обратился к психиатру и был направлен в больницу им. П. Б. Ганнушкина. На приеме больной откровенно рассказывает себе, просит помочь. Подавленной обстановкой в отделении, настаивает на скорой выписке, обещает бросить пить.

1

После выхода из больницы Г. увольняется из областной филармонии, получает направление на работу в другую. Но туда больной не поехал — запил. Дома устраивал скандалы, требовал денег на водку. Пропил платья жены и ее матери. Для прерывания зрания стационарировался повторно в больницу им. П. Б. Ганнушкина. На этот раз у Г. нет полной критики к своему состоянию — обвиняет в своем пьянстве жену, обстоятельства.

После выписки Г. сменил профессию — стал шофером. Вскоре начал употреблять алкоголь. В 1954 г. от Г. уходит вторая жена — он остался один. В состоянии опьянения появились устрашающие галлюцинации, испытывал страхи. С этой симптоматикой был вновь направлен в 1955 г. в психиатрическую больницу им. П. Б. Ганнушкина. В отделении ничем не занят. Круг интересов сужен, не читает газет, не слушает радио. Понимает

вред алкоголизма, но находит “объективные” причины каждому запою.

После выхода из больницы Г. опять запил. Поступления в больницу учащаются. Всего за период с 1953 .по 1963 г. он поступал в больницу 39 раз, каждые 2—3 месяца. .

С трудом устраивается на работу грузчиков, откуда его увольняют за пьянство. Живет один, комната в антисанитарном состоянии, на кровати нет даже постельного белья. Больного никто не посещает, друзей нет. Во время запоя пропивает с себя вещи. В 1958 г. пропил одежду, которую на свои деньги купил для него районный психиатр. В состоянии опьянения циничен, агрессивен, устраивает скандалы на улице.

Пребыванием в больнице не тяготится. Требуя к себе уважения, самооценка завышена: считает, что имеет актерский талант, что он незаурядный человек. Груб с персоналом больницы, с лечащим врачом держится без чувства дистанции. В отделений ничем не интересуется, общается избирательно, пред- • почитая группу больных — алкоголиков и психопатов. При последнем поступлении в 1963 г. разлагающе влияют на других больных, убеждает их сразу же после выписки начать пить водку, настраивает против персонала. ‘,

Приведенные данные показывают, как происходило изменение личностной сферы больного. До болезни — это активный человек художественного склада. живой, общительный. Еще в школе он занимался художественной самодеятель-

94

^ую, а после войны становится актером, пользуется успехом у зрителей, имеет го друзей.

'•:В результате пьянства меркнут эти интересы. Работа актера перестает “быть ^дником”, становится лИшь обязанностью, больной отходит от друзей, семьи. Кеняются и характерологические черты больного: делается раздражительным, цирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым. ^Перестает следить за собой. Если раньше любил хорошо одеваться, быть в ком-Иии друзей, то теперь неряшлив, пьет один. Меняется и объективная жиз-Мая позиция больного. В прошлом актер, теперь Г. с трудом устраивается на -[рту грузчиком, всякий раз его увольняют за пьянство. Иным становится ^льный облик больного. Чтобы добыть деньги на водку, он крадет платья жены, Кивает одежду.

“За годы болезни изменяется и поведение Г. в больнице. Если при первых ^упленийх он удручен своим состоянием, критичен к себе, просит помочь, то в (ьнейшем критика становится частичной, наконец, полностью исчезает. Больной тяготится частым пребыванием в психиатрической больнице, в отделении ничем 1ннтересуется, груб с персоналом, самодоволен,-отговаривает других больных течения.

,Из данных истории болезни мы видим.снижение личности до дней ее деградации. Б. С. Братусь правильно указывает, что > снижение идет в первую очередь по линии изменений в ере

потребностей и мотивов, разрушения преморбидных установок, сужения круга интересов. Экспериментально-психологическое исследование не обнаруживает грубых изменений познаватель-

процессов: больной справляется с заданиями, требующими общения, опосредования (классификации объектов, метод точения, пиктограмма). Однако вместе с тем при выполнении экспериментальных заданий, требующих длительной концентрации внимания, умственных усилий, быстрой ориентации в новом материале, отмечается недостаточная целенаправленность больного, не критичность: больной не всегда замечает допущенные им ошибки, а главное, не реагирует на исправления и замечания экспериментатора, легковесно их отмечает и продолжает руководствоваться ими в дальнейшей работе. В опыте на выявление "уровня притязаний" обнаруживается повышенная самооценка; вместе с тем кривая выбора заданий по ложности носит лабильный характер: переживание успеха и неуспеха у больного не выступает.

Как говорилось в начале главы, анализ историй болезни Эго окажется пригодным для выделения двух вопросов: а) вопрос о формировании патологически измененной потребности, вопроса о нарушении иерархии мотивов.

! Начнем с первого вопроса. Понятно, что принятие алкоголя входит в число естественных потребностей человека и само себе не имеет побудительной силы. Поэтому вначале его потребление вызывается другими мотивами (отметить день рождения, свадьбу). На первых стадиях употребление алкоголя вызывает

повышенное настроение, активность, состояние опьянения привлекает многих и как средство облегчения контактов. Со временем может появиться стремление вновь, и вновь испытать это приятное состояние: оно может начать о^редмечиваться в алко-пе, и человека начинают привлекать уже не сами по себе события

(торжество, встреча друзей и т. п.; а визмижни^пэ уиин^силсип” ^ алкоголя, он начинает побуждать самостоятельную деятельность, ^ и тогда уже сами события становятся поводом. Происходит тот процесс, который А. Н. Леонтьев назвал “сдвиг мотива на цель”, формируется новый мотив, который побуждает к новой деятельности, а следовательно, и новая потребность (в алкоголе). Сдвиг мотива на цель ведет за собой осознание этого мотива, так как по отношению к деятельности мотив играет смыслообразующую роль. Принятие алкоголя приобретает определенный личностный смысл. Таким образом, механизм зарождения патологической потребности — общий с механизмом ее образования в норме. Однако болезнь создает иные, чем в нормальном развитии, условия для дальнейшего ее формирования.

Небезразличным является, очевидно, для всей дальнейшей деятельности человека содержание этой вновь зарождающейся потребности. В данном случае оно (т. е. это содержание) противоречит общественным нормам.

Задачи и требования общества, связанные в единую систему и воплощенные в некоторый нравственный эталон, перестают выступать для таких больных в качестве побудителя и организатора поведения. А так как в зависимости от того, что побуждает человека, строятся его интересы, переживания и стремления, изменения в содержании потребностей означают собой и изменения строения личности человека.

У” больных меняется не только содержание потребностей и мотивов, меняется их структура: они становятся все менее опосредованными. Л. И. Божович [40] с полным правом говорит о том, “что потребности различаются не только по своему содержанию и динамическим свойствам (сила, устойчивость и пр.), но и по своему строению: одни из них имеют прямой^ непосредственный характер, другие опосредованы целью или сознательно принятым намерением”. У описываемой группы больных побуждение приводит прямо и непосредственно к действиям [40, 1381.

Только в том случае, когда потребность становится опосредованной (сознательно поставленной целью), возможно сознательное управление ею со стороны человека. У больных отсутствует, как мы говорили выше, возможность опосредования сознательной целью, поэтому их потребности неуправляемы — они приобретают строение влечений.

Из общей психологии мы знаем, что опосредованность потребностей, мотивов связана с их иерархическим построением. Чем больше опосредован характер мотивов и потребностей, тем выраженное их иерархическая связь. На эту закономерность указал в свое время и К. Левин, когда писал, что замедшащее действие может проявиться, если мотивы иерархически дйетроены (в терминологии К. Левина речь шла о “коммуникци*№ваазипотребностей”). В этих случаях не происходит жесткий.фиксации на средстве удовлетворения потребности.

Т1Ш ипАИМ по п^,1ирпп ^^в^^чд", ^^п. "^^, ^^" ..-----^..- -----
 ----._ ельных разрушается прежняя иерархия мотивов. Иногда у
 ьных проявляется желание работать, стремление к общению
 режными друзьями, больной совершает какие-то действия,
 вводясь прежней иерархией мотивов, но все это побуждено
 носят стойкого характера. Главенствующим мотивом, на-вляющим
 деятельность больного, становится удовлетворение потребности в
 алкоголе. Перестройка иерархии мотивов больных Бенно ярко
 проявляется в способе удовлетворения потребностей в алкоголе и
 способе нахождения средств для ее удовле-?ения.

Начинает выделяться ряд вспомогательных действий. На бы-
 нение этих действий уходит со временем вся сознательная
 жизнь больного. В них отражается новое отношение к окру-
 жению миру; это ведет к новым оценкам ситуаций, людей. С
 рным правом Б. С. Братусь подчеркивает, что со временем все
 проблемы начинают разрешаться через алкоголь, с его помощью,
 'алкоголь становится смыслообразующим мотивом поведе-й [40].

По мере того как в ходе болезни алкоголь становится смыслом
 жизни, прежние установки, интересы отходят на задний план.
 работа перестает интересовать больных — она нужна только как
 источник денег. Семья из объекта забот становится тормозом на пути
 удовлетворения пагубной страсти. Здесь мы имеем дело с
 центральным пунктом личностной деградации, а именно посте-
 нным нарушением прежней, до болезни сложившейся иерархии
 потребностей мотивов и ценностей и формированием взамен ее новой
 иерархии. Оттесняются и разрушаются высшие потребности и

установки личности. Как отражение этого процесса сужается круг интересов. Больные становятся инактивными, теряют свои прежние социальные связи с миром, ибо измененная алкоголем личность становится неадекватной этим связям. Поэтому и профессиональная линия больных снижается, и это изменение обусловлено в первую очередь не интеллектуальной деградацией, изменением мотивов личности.

Изменение иерархии и опосредованности мотивов означает сужение сложной организации деятельности человека. Деятельность теряет специфически человеческую характеристику: из опосредованной она становится импульсивной. Исчезают дальние мотивы, потребность в алкоголизме переходит во влечение, которое становится доминирующим в жизни больного.

Изменения мотивационной сферы больных были обнаружены и экспериментально-психологическом исследовании. Совместно с С. Братусем мы провели сравнительное экспериментально-психологическое исследование больных с алкогольной энцефалопатией (II—III стадии алкоголизма, по А. А. Портнову) и больных с травматической энцефалопатией (больные, перенесшие тяжелую черепно-мозговую травму с массивными субарахноидальными кровоизлияниями, внутричерепными гематомами, очагами ушибов

7 Патопсихология

97



работах Б. В. Зей-гафимк, А. Р. Лурик,, С. Я. Рубинштейн. Однако не критичность баавых хрсшичеекмм алкогси"1"мт" имеет иную структуру, чем ври добых еиидромах. Она бапее избирательна, сочетается с ад-реев-ией во отнотеник" к тому, что мешает удовлетворевик) их ватовси-ической ведущей ватребиости. Кекритичность "лобвых" бшадвых сочетается с беззаботностью, аевонтаийоетью. Глубокие нэмеяе"ия личности <й)вь"ых хроническим алкоголизмом прояви-дйсь к в специальных исследованиях- Они обваруживади по-вытеквуих самооцекку, кекртич^о переоценивалм свой возмож-вокти, оевацивали {жеаку экеиеримеитатора.

Таким образом, аромясивый анализ, изменений овоередован-квети м херврхии м"фвв(" показывает, что они. не выводятся вепоередствевно из иару]1{е"ий мозга, а вроходят длинный и сдожимй вуть фврмироввйкя, ари котс^ом действуют мехакизмы, во мкогом общие с мехавхзмами нормального развития когивов.

пздоб"ыв факт измеиения личиост" чрезвычайно важен: он вежазывает оравилиметь теоретических положение советской пскхалетмй, з кмению^ в^-аервых, социальные вотребиости формируются врвоктмеммв-, что для их фармврова.ния нужны (жреде-лсжвью усдввия и, во-вт^ых (и это очень важно), что смятие с(йе1"к.аки8 к свцкально приемлемых саособов их удовлетворения вфмюяут & юревравдению строения еоц.иалмого мотива в

^

^у квечения, лишённого характере овосредованностм и "цни.

\$4.**фотимровАНИЕ****ПАТапогичЕОСИК****ПСИРННОСТЕЙИМОТМЮВ**

писанные выше фенсме” превращения содиальной потреб* > в патемогвчеекое вшегевве можно проиллюстрировать и 1.анализе группы больных иервнов аворекеиев, у которых резко лажево варушебие физического “образз-Я”. 1Как было указано в гл. III в ходе развития личности психи-^кое огражебие, “знание не остается ориентирующим лишь 11№ или иные действия субъекта, “оно должно так же акгнвио кать иерархию их связей, процесс происходящего подчи-(и переовкчннения мотивов” [114, 2)2}. Иными словами, мо-собственной деатсдьноети,, постункичеяовека становятся ЕТОМ ЕГО активносо отвошекия, объектом его сознания, харак-которого зависит от свецифвкв реальных свтаей даниого ^овека с миром, особеиностей его деятедьн остей в нем. ‘ Различные стрессовые ситуации (тяжелая болезнь, смена об-&а жизни) могут вэмеивть самосознание человека (исследо-вияВ. В. Никсваевой, 197&; Марилевой, 1984; П. Мадуж?-вой, 1ЖЗ н др.).

Измеиенве самосознания является результатом нарушевия флекеви, которая может привести к изменению мотивов, менять смыслообразующую функцию, нарушать эмоциональную реак-иость. Искаженное отражебие сознания с^ственноб личности кет привести к свецифическим расстройством, принять харак-изменения фйзическе^о “образа-Я”. Нарушение физическсто браза-Я” оиисаио в психиатрической литературе не тодько в ее свщфома дисмеффобии, дегаереонализации, но и нервной орексии 1811.

Речь идет о девушках, которые производили и длительно "одают с целью и выражения своей внешности" У бмывиетва являющихся заблуждавшие начавшись в подростковом возрасте. Все девочки отличались некоторой подвотой (во не ожирением). В коллективе сверстники шутили над ними, дразнили, называли; мстучками", "поичиками" и т. д.,

Кроме того, эти девочки находились в окружении взрослых, которые всячески осаживали, "как важно для женщины обладать красивой фигурой". В результате у этой группы девочек южился некий "идеал красивой женщины". Так, одна девочка была похожа на Наташу Росткову, другая мечтала о "фигуре звезды". Девочки начали беспокоиться о своей внешности и искать средства для ее исправления.

Следует при этом отметить еще обстоятельство: стремление к коррекции началось у этих девочек в подростковом возрасте. Как известно, исследования Д. Б. Эльконина [1991] показали,

что именно в подростковом возрасте развивается особая деятельность, заключающаяся в установлении личностных отношений между подростками, формируется особая деятельность общения, в которой подросток сравнивает свое поведение и свои возможности с возможностями сверстников, появляется мотив самоутверждения, стремление овладеть формами “взрослого поведения”. Именно в процессе этого общения и происходит главным образом формирование самосознания, самооценки. Многими авторами, например Л. И. Божович [40], указано, что невозможность соответствовать выработанным требованиям окружающих или выработанному собственному “идеалу” приводит к аффективным переживаниям.

У наших больных такие аффективные переживания возникали вследствие несоответствия “идеала красоты” и собственной внешности.

Вначале способы коррекции своей внешности носили адекватный характер (девочки исключали из своего пищевого рациона определенные продукты). Окружающие стали отмечать, что девочки стали “изящнее”. В дальнейшем они стали прибегать к более изнурительной диете.

Следует отметить в биографии девочек еще одно важное обстоятельство. Почти все девочки хорошо учились, занимали позицию “хороших учениц”, и это обстоятельство способствовало их самоутверждению. В старших классах девочкам стало труднее учиться. В большей мере этому содействовала астения, возникшая как следствие изнуряющей диеты. Родители, близкие стали

контролировать 'пищевой рацион девочек, мешали, естественно, всячески голоданию. Девочки вступают в конфликт с семьей, скрывают, что они сознательно голодают, объясняют это отсутствием аппетита.

Так как избранная диета не всегда помогала, девушки начинают прибегать к другим способам: едят один раз в день, если же не могут устоять против чувства голода, вызывают искусственную рвоту, принимают большие дозы слабительного, занимаются ^о многу часов гимнастикой^ тяжелым физическим трудом. Такие /болезненные симптомы, как аменорея, выпадение волос, их радуют, так как они являются доказательством, "что они не поправляются".

Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни больной Лены Т., 1957 г. рождения (история болезни представлена М. А. Каревой), поступила в больницу им З. П. Соловьева 27/11 1974 г., выписана— 30/1У 1974 г. Учится в 10-м классе. Наследственность не отягощена. В дошкольном возрасте перенесла детские инфекции. Была способной, общительной девочкой, читать начала с 5 лет. В школе до 5-го класса была отличницей. Много времени отдавала учебе. Занималась общественной работой. Настроение было всегда радостным. В подростковом возрасте стала интересоваться своей внешностью, огорчалась, что она полная. С восхищением рассказывала об одной из своих учительниц, "стройной женщине", которая указывала девочкам, что надо следить за собой, быть всегда подтянутой, подчеркивала значимость внешнего вида для

женщины. Лена стремилась подражать во всем этой учительнице, стать на нее “похожей”.

100

Весной 1973 г. после просмотра французского фильма, в которой играла сивая актриса с тонкой фигурой”, многие одноклассницы Лены стали себя ПЯчивать в еде, чтобы стать “такими же изящными, как киноактриса”. цая тоже включилась в эту деятельность похудения, стала себя резко о^ра-1вать,веде (весила 154 кг при росте 161 см). Стала исключать из рациона ^сладкое, уменьшила общее количество пищи, стала после еды делать упраж-ея “для живота”. Похудела на 6 кг, чем вызвала беспокойство родителей. 1ью пошла в школу. Учебе уделяла все свородное вре^я. Одноклассники [гили, что .девочка похудела. Восхищались ее силой воли. Никто из них не ^ долго ограничивать себя в еде. Девочки подходили к Лене, советовались, 1тивали о диете.ей это очень нравилось.

1С этого времени (август—сентябрь 1973 г.) стала еще больше ограни-ьть себя в еде, совсем не употребляла хлеба. За столом была очень напря-ра. Когда ее уговаривали есть, делала вид, что ест, при этом выбрасывала и ^ала продукты.

^С ноября похудела на 10 кг (вес 38 кг), прекратились менструации, появи-(> апатия, раздражительность. Жаловалась, что стало трудно понимать объяс-уя учителя, утомлялась на занятиях. Одноклассники удивлялись, как она в та-[.состоянии может учиться. Тем не менее продолжала ограничивать себя в еде. Удилась своей “силой воли”: “Доктор, вы представить себе не

можете, что это ое, когда бабушка приносит свежую булочку, посыпанную сахарной пудрой, моляет ее съесть, а я не ем!” Начались конфликты с родителями по поводу 1, в ответ на просьбы близких поесть могла резко ответить, нагрубить. Слезы рери, уговоры не помогали. Тщательно скрывая причину, уверяла, что нет аппе-18, Гораздо позднее- в больнице призналась, что есть хотелось всегда, что шетит был очень сильный, но не ела, так как боялась, что не выдержит ^ьест много и опять станет полнеть”.

^ В это время появился интерес к приготовлению пищи. Стала [бирать посуду, завела для себя специальные тарелочки, вилоч-^ ножи, ложки, любила ходить за продуктами на рынок.

1 С января 1974 г. началось лечение у психиатра, сначала амбулаторно, а затем 1юльнице. Вес при поступлении был 35 кг. Уверяла врача, что она не только здо-18, но и вполне ^счастлива: “Я добилаь всего, что хотела!” При попытках ^сонала накормить больная грубила, делала вид, что ест, но выбрасывала пищу, ^ывала рвоту после еды.

-1 Была переведена в больницу им. З. П. Соловьева. Физическое состояние: 1т 161 см, вес 38,5 кг, подкожно-жировой слой почти отсутствует, кожные дровы.бледные. Внутренние органы без патологии. Неврологическое состояние: рмор пальцев рук, сухожильные рефлексy оживлены. Психическое .состояние: “” поступлении жаловалась на слабость, апатию, повышенную утомляемость, вдражительность. Была возмущена тем, что переведена в больницу 1. З. П. Соловьева, настаивала на выписке. О своем

состоянии говорила не-тно, уверяла, что- почти выздоровела. В доказательство приводила прибавку есе на 3 кг.

После длительного медикаментозного лечения стала лучше есть. Выписана 1" весе 50 кг.

1 Через 2 недели после выписки поправилась до 56,5 кг. Начал тревожить рабыток веса", стала опять ограничивать себя в еде, боялась "стать жирной". ' С больной было проведено экспериментально-психологическое исследование. 1" факту обследования отнеслась спокойно. Стараются как можно лучше узнать йструкции, помощь экспериментатора принимает, хорошо использует. Ошибки вправляет сама или с направляющей помощью, оправдывается при этом. Зада-дя старается выполнить как можно лучше. ' Нарушений познавательной сферы не выявлено, память, мышление соответствуют возрастному и образовательному уровням. Отмечается утомляемость и втрудненность переключения внимания. 1' Самооценка больной отражает ее состояние. Здоровье свое она оценивает 1^к: "когда весила 35 кг, была больная, не могла от своего отказаться, сейчас 1 — среди весьма здоровых". Свой характер считает хорошим, гордится им: "Я

1 р

усидчивая, хорошо схожусь с людьми". При исследовании методом ТАТ тема еды похудения отсутствует, отмечается тема конфликта в семье и в любви.

Приведенная иллюстрация показывает, что мотив к похуданию не носил первоначально патологического характера. Голодание было вначале лишь действием для осуществления некоей духовной ценностной ориентации "быть красивой", "обладать красивой фигурой". Однако в дальнейшем эти действия по похуданию вступают в противоречие с органической природной потребностью в пище. При этом активитальные действия не только не прекращаются, но сами преобразуются в мотив (сдвиг мотива на цель действия). Более того, этот мотив становится доминирующим, смыслообразующим в иерархии мотивов. Учеба, которое девочка отдавала вначале много сил, отходит на задний план, уступая свое место деятельности по похуданию.

Приведенные факты чрезвычайно важны, ибо они могут служить известным подтверждением положения А. Н. Леонтьева о том, что человеческие потребности (а следовательно, и мотивы) проходят иной путь формирования, чем потребности животных. Это путь "отвязывания" человеческих потребностей от органических состояний организма.

В связи со сказанным заслуживает внимания и следующий факт, отмеченный М. А. Каревой. Больные, которые длительно и упорно голодали, доводя себя до истощения, охотно занимались всем, что имеет отношение к еде: готовили разные изысканные блюда, ходили закупать продукты в гастрономы, на рынок, рас-

смащивали их, следили, чтобы их 'близкие ели, “закармливали”, как отмечается в историях болезни, своих маленьких сестер и братишек, многие из них хотели себе выбрать профессию, связанную с пищей.

Как нам думается, это свидетельствует о том, что сам способ удовлетворения природной потребности претерпевает известное изменение: происходит символическое замещение, т. е. “квази-удовлетворение” органической потребности. Это означает изменение природы самой потребности.

\$ 5. НАРУШАШЕ СМЫСЛООБРАЗОВАНИЯ

В данном параграфе патология мотивов будет рассмотрена в аспекте взаимоотношения их смыслообразующей и побудительной функций. Дело в том, что выделяемые А. Н. Леонтьевым побудительная и смыслообразующая функции мотивов не всегда поддаются различению. Нередко бывает так, что человек осознает мотив, ради которого действие должно совершиться, но этот мотив остается “знаемым” и не побуждает действия. Л. И. Божович и ее сотрудники показали, что такое явление часто встречается у детей младшего школьного возраста. Например, ребенок может знать, что для овладения будущей профессией надо хорошо

****02***

гся, но, несмотря на это понимание, мотив к учению не имеет достаточно побудительной силы, и приходится подключать какие-то дополнительные мотивы. Л. И. Божович [1401] отмечает, что и

“знаемые” мотивы играют какую-то роль хотя бы в том, что (“соотносятся” с дополнительными, но их смыслообразующая побудительная функции недостаточны.

Однако при определенных условиях “знаемые” мотивы могут ейти в непосредственно действующие. Этот переход “энаемых” ивов в “побуждение” связан с формированием мировоззрения ростка. По механизму действия мотивы в старшем возрасте яются “йе непосредственно действующими”, а возникающими 1 основе сознательно поставленной цели и сознательно принятого мерения. С. Л Рубинштейн 1158, 468} тоже подчеркивает, о в своих вершинных формах мотивы основываются на осоака-уМ человеком своих метальных обязанностей, задач, которые гавит перед ним общественная жизнь.

Именно это слияние обеих функций мотива — побуждающей ? смыслообразующей — придает деятельности человека характер йнательно регулируемой деятельности. Ослабление и искаже-1е этих функций — смыслообразующей и побудительной — примят к нарушениям деятельности.

Это выражается в одних случаях в том, что смыслообразующая функция мотива ослабляется, мотив превращается в только знае-гй. Так, баяьиоб знает, что к близким надо хорошо относиться, при этом ом оскорбляет и избивает свою мать. В других случаях выступало сужение круга смысловых образо-аний. Это выражалось в том, что мотив, сохраняя до извест-ай степени побудительную силу, придавал смысл относительно “еньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того,

что ранее имело для больного личностный смысл ^например, учеба, работа, дружба, отношение к родителям и т. п.), востепенно теряет его. В результате теряется и побудительная Била мотива {179}.

Для исследования механизмов измененного смыслообразова-ния бадньих шизофренией М. М. Коченовым {^7) было проведено специальное экспериментально-пеихологическое исследование, ко. второе заключалось в следующем: испытуемый должен выпемнить 'по собственному выбору три задания из девяти предложенных экспериментатором, затратив на это не более 7 мин. Предла-1галось нарисовать сто крестиков, выподнить двенадцать строчек корректурной пробы (по Бурдону), восемь строчек счета (по Кре-пелину), сложить один из орнаментов методики Кооса, построить “колодец” из спичек, сделать “цепочку” из канцелярских скре-^ вок, решить три различные годоволомки. Таким образом, испытуе-1 мый сказался перед необходимостью самостоятельно быбмрать именно те действия, которые наиболее целесообразны для достижения основной цели. Для этого в сознании испытуемого должна сложиться смысловая иерархия действий, способствующих достижению цели.

В результате апробации методики на здоровых испытуемых М. М. Коченов установил, что для достижения заданной цели необходима активная ориентировка в заданиях (иногда методом проб). Активность поисков наиболее целесообразных действий, наиболее “выигрышных” заданий отражает процесс переосмысления, происходящий в сознании испытуемого.

Этот, ориентировочный этап был четко выражен у здоровых испытуемых. Помимо того что каждый испытуемый выбирал не менее трех заданий (когда он не укладывался в отведенное время, ему прибавляли еще несколько минут, давая возможность сделать третью пробу), он выполнял еще несколько ориентировочных проб.

Все испытуемые заявили, что при выборе заданий они руководствовались оценкой степени их сложности, стараясь выбирать те, выполнение которых займет меньше времени. Все испытуемые отмечали, что стремились уложиться в отведенные 7 мин.

Таким образом, в результате апробации было установлено, что у здоровых испытуемых в ситуации эксперимента происходит структурирование отдельных действий в целенаправленное поведение.

Иным было поведение больных шизофренией (вялотекущая, прогрессирующая форма). Ориентировочный этап у них отсутствовал. Они не выбирали “выигрышных” заданий, часто брались за явно невыполнимые в 7 мин. Иногда больные проявляли интерес не к исследованию в целом, а к отдельным заданиям, которые они выполняли очень тщательно, не считаясь, что время истекло.

Количество дополнительных проб у больных было сведено до минимума. Распределение частоты выбора отдельных заданий показывает, что отношение к ним менее дифференцировано, чем у здоровых испытуемых.

Следует отметить, что все больные знали, что им надо уложиться в 7 мин, но это знание не служило регулятором их поведения. Они часто даже спонтанно высказывались: “Я должен в 7 мин уложиться”, но не меняли способов своей работы. Таким образом, исследования М. М. Коченова показали, что нарушение деятельности данной группы больных определялось изменением мотивационной сферы. Самое главное в структуре изменения мотивационной сферы было то, что больные знали, что им надо делать, они могли привести доказательства, как надо поступать в том или ином случае, но, становясь просто “знаемым”, мотив потерял как свою смыслообразующую, так и побудительную функцию. Это и служит причиной многих странных, неадекватных поступков, суждений, дающих возможность говорить в парадоксальности шизофренической психики, о нарушении селективности деятельности больных.

Таким образом, смещение смыслообразующей функции мотивов, отщепление действенной функции от “знаемой” нарушало Деятельность больных и было причиной деградации их поведения и личности.

104

, С полным правом автор отмечает, что редукция мотивов приводит к оскудению деятельности больных. Оскудение деятель-ЦТИ оказывает и “обратное” влияние: не формируются новые тивы.

Анализ данных историй болезни также выявил ослабление побудительной функции мотивов и превращение их в знаемые. •и изменения не носят однослойного характера. М. М. Кочеву удалось выявить несколько видов подобных смысловых 1рущений.
<

1 1. Парадоксальная стабилизация какого-нибудь круга смысло-“IX образований. Например, больной Н. отказался получить 1рплату, так как “пренебрегал земными благами”; больной М. “даmine работал и жил на иждивении старой матери, к которой }и этом “хорошо относился”. Этот механизм наглядно обнару-^лся при общем и контрольном экспериментально-психологи-^ском исследовании, больных, когда больной оставался Нейтральным” по отношению к исследованию.

(•.

^ 2. Сужение круга смысловых образований. Выражается в том, ^о мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придает смысл относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для боль-рго личностный смысл (например, учеба, работа, дружба, отно-вение к родителям и т. п.), постепенно теряет его. < ‘-.

Подобные больные не оказываются включенными в общую истому взаимосвязей людей. Поэтому одной из важнейших мер

психокоррекции является включение больных в трудовую деятельность. Работами Д. Е. Мелехова [133], Э. А. Коробковой [93], Г. С. Кабаченко [78], А. Б. Халфиной [1891, С. Я. Рубинштейн ;161] показано, что именно включение больных с нарушением мысловых образований в реальную трудовую деятельность способствует восстановлению их социального статуса. Исследования Г. Э. Реньге (155) и О. И. Болдыревой, посвященные трудовым становкам. больных шизофренией, показали роль социального окружения при их формировании. Именно общение в трудовой деятельности позволяет восстановить нарушенную коммуникативную функцию больного, расширяет круг его интересов, способствует дальнейшему расширению целеполагания.

§ 6. НАРУШЕНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ОПОСРЕДОВАНИЯ

Проявления развития и созревания личности многообразны. Одним из важнейших индикаторов уровня развития личности является возможность опосредования, самостоятельного регулирования своего поведения.

Уже в начале нашего века эта мысль выступала в работах 1 представителя французской социологической школы П. Жана (цит. по: [121]). Однако первым, кто принципиально увязал процесс регуляции с опосредованием поведения, был Л. С. Выготский. Указывая, что специфика человеческой психики обусловлена общественно-историческими условиями, он подчеркивал ее опосредованный характер. Практическая неразработанность этого феномена в общей психологии с особой очевидностью, на наш взгляд, выступает при анализе материала патологии/

Процесс опосредования совершается на разных уровнях психического отражения и зависит от многих детерминант: от содержания выполняемой деятельности, от ситуации, в которую данная деятельность включена, от целей, которые ставятся перед собой человеком, от степени иерархизации его мотивов [114], от самооценки, от восприятия людей, с которыми человек вступает в общение [138], от направленности личности (401. 1

Опосредование выявляется уже на уровне операций. Известно, что необходимость лучшего запоминания материала приводят к оперированию знаками, символами (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев). В этом случае опосредование приобретает характер “вспомогательный”: оно служит другой деятельности — деятельности запоминания. Однако уже на данном уровне опосредование не должно быть понято упрощенно. Поиск и применение “вспомогательных средств” таит в себе регулятивную функцию. Указывая на необходимость различения понятий орудия и знака, Л. С. Выготский подчеркивал, что “знак ничего не меняет в объективной психологической операции, он есть средство для

психологического воздействия на поведение свое или чужое, средство внутренней деятельности, направленное на овладение самим человеком (курсив мой. —Б. З.). Знак направлен внутрь” 150,1251.

В этой скупой формуле недвусмысленно говорится о том, что уже на уровне “вспомогательного действия” процесс опосредования носят регулирующий характер, что знак помогает человеку овладеть своим поведением и направить его сообразно своим целям, что овладение поведением представляет собой опосредованный процесс.

Опосредствуя свое поведение, человек получает возможность вырабатывать новые способы действованья, активности, новые мотивы. Поведение человека становится более произвольным и осознанным.

Об этом же свидетельствует материал психопатологии. Так, данные психопсихологических исследований больных с органическими заболеваниями мозга (эпилептическая болезнь, травмы мозга, нейро-инфекции) показали, что невозможность оперировать знаком являлась у них выражением более широкой патологии поведения — нарушения опосредования, нарушения регуляции своих действий. Неумение увязать подлежащее запоминаемое слово с каким-нибудь знаком особенно отчетливо выступало при исследова-

106

нии памяти у тех больных, в психическом состоянии которых жалась аспонтанность, инактивность “ли расторможенность <)7;.

1441. При инструкции вспомнить по картинке слово <ча воспроизведения не выступала для этих больных как такс—больные начинали говорить по поводу картинки. Этот экспериментальный факт нельзя объяснить трудностью задания. ^чи поставленными инструкцией в жесткие рамки (эксперя-„лтор настаивал: “Будьте внимательны, подумайте, когда ^яраете”), больные могли справиться с заданием. Недостаточность регуляции, замещение целевого действия слу-Ъым или стереотипным становились факторами, которые меша-1опосредованию. Иными словами, нарушение опосредования 10 у этих больных проявлением более глубокого наруше-к — измененного отаошения к окружающему и к себе, проявляем распада их мотивациоинной сферы. Не случайно этот фено” особенно резко выступает у больных с поражением лобных ей мозга, у которых нарушение активности (аспоитаниость) >дения является ведущим радикалом в нарушении психики ,о; 126: №1; 191 идр.1.

;;Не менее четко выявляется роль регулирующей функции опо-цования при исследовании мышления. Некоторые формы пару-1ая мышления выходят за пределы познавательных процессов мжны рассматриваться как проявление невозможности осозна-; своего поведения, как нарушение подконтрольности своих стаий. Так, некоторые больные с органическим поражением >га, у которых нет грубых изменений процессов анализа, сии-(а и обобщения, не могут выполнить простое задание на заяод-аие пропусков в тексте (вариант методики Эббянгауза); они я-авляют слова, неадекватные смыслу предложения или текста.

Другие больные (вялотекущая форма шизофрения) не могут выполнять заданий, требующих обобщения (например, при выполнении классификации предметов методом исключения), несмотря на то что у них нет грубых нарушений процессов анализа и синтеза (64; 97: 134; 1501).

Подобные нарушения познавательных процессов не обусловлены нарушением логических операций — все эти больные могли справиться со значительно более сложными заданиями, требующими развитого абстрактного мышления: эти нарушения были обусловлены смещенностью жизненных установок и мотивов, особенностями эмоционального состояния, неумением сделать «кис-имеитальные задания, воспринимаемые как нечто на периферии знания, центром сознательной деятельности. Иными словами, и здесь имело место отсутствие произвольности в выборе заданий.

Сказанное должно было, во-первых, послужить иллюстрацией того, что одним из наиболее очевидным проявлением опосредования является включение личностного компонента в структуру познавательных процессов. Во-вторых, оно должно было подготовить вывод о том, что опосредованность представляет собой одно из основных личностных образований, связав-

ное с осознанием мотивов деятельности, перспективных целей с критичностью, с самооценкой, с возможностью регуляции как своих отдельных поступков, так и с сознательным управлением поведением в целом. Таким образом, опосредствование, с одной стороны, с необходимостью участвует в иерархизации мотивов человека, а с другой стороны, оно является в свою очередь продуктом этой иерархизации.

В этой связи следует вспомнить положение А. Н. Леонтьева (1975) о том, что существуют две системы связи человека с окружающей его действительностью: познавательная и смысловая, которые в жизнедеятельности человека слиты воедино. Знания усваиваются субъектом в ходе обучения и жизни. Они фиксируются в виде образов действия, предметных и социальных норм и т. п. Однако, когда человек сознательно оперирует ими, они предстают перед ним в виде элементов его смысловой системы. Будучи порождением жизнедеятельности человека, смысловые образования включаются в деятельность и тем самым начинают осуществлять функцию контроля за жизнедеятельностью. Изменение деятельности человека, его поступков *1 опосредовано изменением смыслообразующих мотивов, изменением отношения человека к миру, к себе и другим людям. Именно благодаря наличию смысловых образований оказывается возможной саморегуляция при постановке целей, при осознании своих поступков. Об этом же пишет Л. И. Божович, подчеркивая, что в процессе своего развития потребности и мотивы опосредуются сознанием, что потребности действуют через сознательно поставленные цели [40].

Надо, однако, помнить, что опосредование не является жестким личностным механизмом. Процессы опосредования гибки, а зачастую и неустойчивы. В качестве иллюстрации неустойчивости приведем случай из практики трудовой экспертизы. Решался вопрос о пригодности больного к выполняемой им прежде работе. Сам больной хотел получить группу инвалидности и всячески старался доказать, что он не в состоянии выполнять прежнюю работу. В ситуации психологического эксперимента он вел себя соответственно: не выполнял заданий, требующих составления программы действий; из 10 слов воспроизводил после многократного предъявления 3—4. При этом он неизменно использовал свои неудачи как доказательства собственной несостоятельности: “Видите, не могу ничего запомнить осмыслить; только голова в результате разболелась”. Все его поведение было опосредовано устремленностью на получение инвалидности. Но вот больной заинтересовался решением головоломок — сразу же начинает он выбирать самые трудные задачи, требующие составления плана действий, логичности суждений, демонстрируя высокие интеллектуальные способности и не заботясь (как ранее) об их дескриптации. Неустойчивость опосредования вызвала у больного ситуативную активность и эмоциональное состояние, которые нарушили первоначальную схему регуляции поведения.

108

Эмоционально-смысловые переживания, которые, как известно, ^гут служить посредником между потребностями и поступками

повека [49}, в данном случае ликвидировали влияние оформленной структуры опосредования именно в силу недостаточного развития, недостаточной прочности этого процесса. Все вышесказанное может создать впечатление, что понятие „опосредованности“ может быть сведено к понятию регуляции. Действительно, эти понятия сходны, но не тождественны. Опосредование является продуктом процесса регулирования, превращенным в постоянный модус поведения человека, в устойчивое свойство его личности. В этом смысле понятие “опосредованность” напоминает понятие “постоянство черт” Г. Олпорта (202), но это лишь косвенная оговорка. Если у Г. Олпорта “постоянство черт” является врожденным свойством, то опосредование является прижизненно сформированным качеством личности. Об опосредованности можно говорить только тогда, когда человек не только осознает ситуацию и свои возможности в ней, но и когда он может делать соответствующие знания и порождаемые ими свои переживания и чувства объектом своего сознания. Опосредование является связано с самосознанием человека, с его самооценкой, с возможностью рефлексии.

Человек всегда живет в ситуации, которая требует от него определенного действия, поступка здесь и сейчас. Вместе с тем и его действия и поступки также детерминированы отдаленными целями и мотивами, которые часто стоят в противоречии с “сиюминутными”. Человек должен сам сделать выбор между ними. И только тогда, когда поведение человека опосредуется именно структурой согласованных дальних и ближних целей, можно говорить о зрелости его личности.

Иными словами, опосредованность является результатом диалектической борьбы противоположностей в структуре мотивов и Ценностей человека. Об этом, по существу, говорил С. Л. Рубинштейн, подчеркивавший, что одним из звеньев процесса становления личности является “та внутренняя работа, которая естественно неизбежно завязывается у каждого сколько-нибудь вдумчивого, не совсем безнадежно отупевшего человека, при повседнев-

- ном наблюдении того, как поступки одних людей сказываются на жизни других” [160,143].

При таком понимании проблемы опосредования его анализ неминуемо выходит за пределы только поисков способа регуляций поведения и переходит в анализ, предполагающий исследование потребностей, мотивов, становления целей. Опосредованное подведение—это всегда поведение зрелой личности. Это подчинение целям, которые стоят перед человеком. Опосредованность формируется, если имеет место осознание не только своих поступков, но и своих мотивов, стоящих за ними. Вместе с тем процесс смыслообразования, выделения целей возможен только при ; наличии опосредованности, умения выходить за рамки ситуационного поведения.

109

“1 -И

• ^м>

Щ

“ чп

•• \Щ , Г ^ ' Г Я
 • ^1 . ^1
 т
 ца?
 ^ "'я')

Нам представляется, что разработка проблемы опосредования является перспективкой для ранения миотях теоретических вовросов ослХ1М(и'вв. Так, вопрос об (яюфеховаяяя пш1едения 1^ияуе1"10 встает ири язучеяяи щел^бразовання я его механизмов, соотиошеаяя а(фожяеяяя целей н смысловых "бразовац^й [92,^1. ;

Без учета <жосред<жания своих поступков яевозможен^на яаш взгляд, анализ самооценки, самоосозаяаяя челоокса. (^со-беят" важеи аяализ опо^р^яхжаяяя для угнЕеяня вопросов^ со-цяаяьм(й исяхологяи (рбщ^яе, "психсяогическяй климат" в грундахидр.). ^

Проблема опосредования с необходимостью встает при анализе вонросо о компенсации чувства яекоявоцениости, о так называемых "мерах защиты". Обычно принято связывать проблему защиты с неосознаваемыми видами деятельности, с: бессозна-тельиым уровнем созиания. И действятельие. материал патаяогии показывает, что мвогие симптомы при неврозах, тяжелых соматических заболеваниях представляют собой яеосозаяаваемые боль-иыхт меры защиты {17). Неосознаваемая защита может отмечаться и у здорового человека в ситуация фрустрация. Такие симптомы, как негативизм, аутизм, являются часто средствами ярякрытия "арушенияй деятельности общения. Всякий педагог знает, что нередко "дерзость", пневосяитаияость" подростка являются лишь неудачной комиенсацней пеувереяността, "иезащи-щеяяости" против жестких мер воспитания; при этом сам подросток может н не осознавать этого.

Однако следует подчеркнуть, что, истинно, на неосознаваемом уровне, меры защиты нередко приводят к деформации реальных поступков человека, к нарушению гармоничных связей между целями поведения и порождаемой поведением ситуацией. Поэтому в содержании психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий состоит обычно в том, чтобы помочь пациенту осознать истинный смысл своих действий, увидеть себя со стороны. Только при осознании истинного “лика” своих действий и переживаний становится возможной адекватная регуляция своего поведения.

Такое осознание может произойти и без вмешательства других людей, спонтанно. Бывает и так, что “меры защиты” и компенсаторные действия осуществляются сознательно. Смысловые образования меняют в подовых случаях содержание и характер мотивов, придают поступкам и действиям человека произвольный характер. Сознательно поставленная цель и контроль за своими действиями на пути к достижению цели становятся основными звеньями опосредованного поведения (86).

В ситуациях, фрустрирующих поведение человека, затрудняющих достижение поставленных целей или угрожающих его личностным установкам, человек нередко сознательно прибегает к “мерам защиты”. К сознательным компенсаторным действиям прибегают, например, больные с тяжелыми соматическими заболе-

110

1НЯМИ. когда они узнают о грозящей им беде. Они нередко .нательно отодвигают осознание болезни я усиленно предаются Зычной деятельности {<)7; 1381.

^озаятельное принятие мер защиты “ травмирующих сигуа-^я^ является частным случаем сознательного опосредовавия з^едеятельности, отмечается ^ у здоровых людей. К сожале-о,\ такие случаи редко становятся объектом изучения в аауч-^ грсихологии.

В ^качестое иллюсфация прягелем эпизоя яэ жизни ммодей жеявщам К-, уеж1^1аеЯ тяжелую психическую травжу — от нее утел любя-шА муж, встави” с двумя 1“а.яеяь1ми детьми. Сожитие это и1“ояэвэ-]ялв летом, “о аремя жизни 1 дач^ в адяош из пригородов Москва. К. быаа слитком тяжело оставаться 1 дач^ где все яапошшало § случившепс”. Она переехала • город, <здити<о ‘ юсь С^сгояняе отчаяния приняло “ие более остры* характер, <)”а не •м<”гла “идеть т^ места, в которых бывала с мужем, яе жогла перестуиить пор(”г “оясе^; Оторяя. ^театра. Особеядв ее”волж”вал вид вокзала, железной дарога. К. Чувст””-яа, ка^ все болыме сужается се “жяэтеняое пространство” (К. Левин), И тогда . “ина^ельво приняла решение вернуться на некоторое время имевяо в ту пест->сть, гд1 яроизоило травмируямцее собы-гос.

Принятие решения носило, по суадеству, характер активной сихологической защиты. Действительно, несмотря на оставшиеся ижестьи горечь переживаний, молодая женщина освободилась г

дополнительных симптомов: железная дорога, пригородный пейзаж потеряли характер фрустрирующих агентов и перестали тревожить ее. Более того, произошла "экстраполяция" "а другие обстоятельства" которые ранее мешали больной: она стала вновь общаться со знакомыми мужа, посещать концертные залы и театры. Словом, сознательно принятое женщиной решение посетить в психологически невыносимом месте обернулось заадит-..^м механизмом, выведшим ее из тупика. Аналогичные явления встречаются, очевидно, довольно часто и являются выражением промежуточного сознанием поведения.

Думается, что сознательное принятие "мер заадиты" по-иному организует деятельность человека, чем неосознаваемые. Организация мер защиты на неосознаваемом уровне приводит - большей частью к искажению деятельности, происходит сублимация, некое замещение реальности. Сам процесс "катарсиса" всегда влечет за собой усиление адекватного отношения к реальности, он часто приводит не к усилению адекватной рефлексии, а к обострению самокопания, к давлению реальных отношений искусственно созданными.

При принятии же осознаваемых мер защиты, являющимся частным видом опосредования поведения, происходит восстановление адекватных реальности форм жизнедеятельности человека. Исчезает необходимость сублимации, замещающих действий. Поступки человека начинают детерминироваться реальными мотивами, действия становятся целенаправленными, происходит восстановление нарушенного общения в адекватных целях

общения формах. Иными словами, опосредование оказывается ' в этом случае тем устойчивым личностным свойством, которое

III

и начинает определять образ жизни (“стиль”) человека, его самооценку и видение Мира.

Опосредованность как устойчивое свойство личности доля/на учитываться при проведении психологического эксперимента, что особенно «касается патопсихологического исследования, где перво-степенное значение приобретает необходимость анализа целостной личности. Это требование непосредственно вытекает из положения Л. С. Выготского о единстве аффекта и интеллекта. Л. С. Выготский всегда подчеркивал, что анализ интеллекту без учета аффекта означает закрытие возможности исследовать сам интеллект [50]. О необходимости учитывать регулятивные аспекты деятельности испытуемого, его отношение к заданию говорил в свое время и В.Н. Мясищев [136].

Необходимость учитывать процесс саморегуляции особенно отчетливо выступает при исследовании больных, находящихся в реактивном состоянии после психических травм. При сопоставлении результатов экспериментально психологического исследования и данных истории жизни этих больных выявились особенности нарушения процесса регуляции. Так, исследование Е. С. Мазур [128] показало, что при реактивном состоянии отмечается фиксированность на травмирующих переживаниях, преобладает чисто эмоциональная оценка предлагаемых заданий. В эксперименте это проявилось в нарушении опосредования эмоционально значимых слов при выполнении пиктограммы, в неспособности развивать темы в ТАТ. В эксперименте наблюдалось ослабление самоконтроля, нарушение планирования. Осмысление ситуации носило “патогенный” характер — она воспринималась

как “оскорбительная”, “несправедливая” и т. п. Регуляция поведения осуществлялась за счет механизмов психологической защиты, которые действовали на неосознаваемом уровне и в конечном счете затрудняли целостную адекватную оценку ситуации, приводили к искаженной интерпретации случившегося.

В упомянутом исследовании Е. С. Мазур [128] выделились две группы больных, преодолевших психотравмирующую ситуацию, и больных, не способных ее преодолеть. У больных первой группы отмечалось возобновление прерванной жизнедеятельности — улучшилось состояние, восстановилось общение, работоспособность, Исчезло чувство страха перед будущим. Восстановилась возможность планирования, изменилось отношение к случившемуся, травмирующие переживания потеряли свою актуальность. Исследование показало, что у больных формируется установка на активное преодоление данной ситуации, выход из нее явился результатом активного поиска.

У больных второй группы продолжали сохраняться нарушения сознательной регуляции —они были фиксированы на травмирующих переживаниях, отсутствовали планы на будущее, состояние больных ухудшалось при потере надежды на благоприятное разрешение ситуации, сохранялась искаженная интерпретация случившегося. Больные были пассивны в разрешении ^рители-

112

ской ситуации, преобладающей реакцией на нее и^< аосч^п ;ли собственные переживания, ситуация продолжала восприниматься:я как неразрешимая.

Следует отметить, что саморегуляция при овладении психо-авмирующей ситуацией осуществляется в' процессе осознанного 1ыслообразования, включающего в себя ряд этапов. На первом .апе происходит оценка и осознание больным ситуации в целом, [вправленное на выявление причин случившегося, осознание мысла происходящего. На втором этапе — переосмысление ситу-1ции, перестройка системы смысловых отношений. На третьим— изменение смысловой направленности деятельности, возоб-[овление прерванной жизнедеятельности. В тех случаях, когда 1С происходит формирование процесса осознанного смысло-“бразования, функция саморегуляции не выступает. 1 Е. С. Мазур [128] справедливо указывает, что преодоление ;психотравмирующей ситуации требует сознательной перестройки смысловых отношений личности, восстановления ведущих смысле-1вых образований, нарушенных психической травмой. Описанные 1данные подтверждают идею Л. С. Выготского о возможности ^влиять на аффект сверху, изменяя смысл ситуации”, а также идею о том, что “осознать—значит в известной мере овладеть”..

Нарушение саморегуляции проявилось и при исследовании соотношения дальних целей и осуществляемой деятельности. Из общей психологии мы знаем, что в саму деятельность человека включена и временная реальность '[69; 216].

Осуществляя свою деятельность в настоящее время, человек - руководствуется и дальними целями. В исследованиях М. Стехлика [178] показано, что у большинства же больных эпилепсией и шизофренией дальние цели не участвуют в

регуляции их поведения. Первоначально у больных шизофренией теряется смысло-образующая функция дальних Целей, у больных эпилепсией дальние цели, так же как и их деятельность, становятся инертными. Этот процесс постепенно приводит к полному отсутствию дальних целей в саморегуляции их поведения.

§ 7. НАРУШЕНИЕ КРИТИЧНОСТИ И СПОНТАННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ

Нарушение опосредованности тесно связано с нарушением критичности, подконтрольности' поведения. Нарушение критичности проявляется по-разному; оно может выступать. в виде нецеленаправленных действий, расторможенности поведения, нецеленаправленности суждений, когда человек не сравнивает свои действия с ожидающимися результатами, когда он не замечает своих ошибок и не исправляет их [86].

О критичности мышления говорил С. Л. Рубинштейн, подчеркивая, что "возможность осознать ошибку является привиле-

шеи мысли" 110") - выделяя качества ума, Б. М. Теплов оценивает критичность как "умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке" (1841.

Понятие критичности носит в психиатрии неоднозначный характер; часто имеется в виду критичность к бреду, галлюцинациям и другим болезненным переживаниям. Особенно важен тот вид критичности, который состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями реальности. Нередко некритичность принимает особую форму, проявляясь в виде нарушений спонтанности поведения, пассивности. Подобное поведение мы часто наблюдали у больных с грубыми поражениями лобных отделов мозга. При поверхностном наблюдении эти больные производили впечатление относительно сохранных людей. Они усваивали предъявляемые им вопросы, были ориентированы в месте и времени, в общественных событиях, принимали участие в трудовых процессах, выполняли поручения, читали книги, запоминали прочитанное, слушали радио. Однако при ближайшем наблюдении можно было отметить неадекватность их поведения. Вслушиваясь в их беседы с родными, можно было установить, что больные правильно отвечали на вопросы, но сами их не задавали, не интересовались жизнью своих близких, не говорили о своих планах на будущее. Они сами не предъявляли жалоб, считали себя здоровыми, готовыми нести и дальше свои трудовые обязанности; лишь путем настоятельных опросов и бесед удалось выяснить, что у них имеют место головные боли и другие

недомогания, которым они не придавали значения: “пустяки, поболит голова и пройдет”, “чувствую некоторую слабость, отлежусь недельку и могу обратно пойти на фронт” — подобные фразы были частыми их высказываниями. Соматическое состояние этих больных часто было хорошим.

Однако поведение этих больных обнаруживало патологические особенности. Адекватность их поведения была кажущейся. Так, они помогали сестрам, санитарам, если те их просили, но они с той же готовностью выполняли любую просьбу даже если она шла вразрез с принятыми нормами поведения. Так, больной К. взял без разрешения у другого больного папиросы, деньги, так как Кто-то “его попросил сделать это”; другой больной Ч., строго подчинявшийся режиму госпиталя, “хотел накануне операции выкупаться в холодном озере, потому что кто-то сказал, что вода теплая”.

Иными словами, их поведение, действия могли в одинаковой мере оказаться адекватными и неадекватными, ибо они были, продиктованы не внутренними потребностями, а чисто ситуационными моментами. Точно так же отсутствие жалоб у них обуславливалось не сдержанностью, не желанием замаскировать свой дефект, а тем, что они не отдавали себе отчета ни в своих переживаниях, ни в соматических ощущениях.

44

Эти больные яс строили никаких планов на будущее. они дниаковой готовностью соглашались как с тем, что не в состоянии работать по прежней профессии, так и с тем, что могут успешно

эдолжать прежнюю деятельность. Больные редко писали письма ям родным, близким, ее огорчались, не волновались, когда не-
^чали писем. Отсутствие чувства горести или радости часто гупало в историях болезни при описании психического статуса эбных больных. Чувство заботы о семье, возможность плани-аяня своих действий были им чужды. Они выполняли работу росовестию, яо с таким же успехом могли бросить ее в любую путу.

После выпяски из госпиталя такой больной мог с одинаковым эехом поехать домой или к товарищу, который случайно позвал

”.

Действия больных яе были продиктованы ни внутренними мо-
(ами, ии их потребностями. Отношение больных' к окружаю-му было глубоко измеено. Это измененное отношение особенно (етляво выступает, если проанализировать не отдельные поступ-
больного, а его поведение в трудовой ситуации. Трудовая ггельиось напарлена на достижение продукта деятельности и ределяется отношением человека к этой деятельности и ее вдукту.

Следовательно, наличие такого отношения к конечному резуль-
вту заставляет, человека предусматривать те или иные част-•я, детали, сопоставлять отдельные звенья своей работы, жть коррекции. Трудовая деятельность включает в себя планн-шие аадания, контроль своих действий, она является прежде о целенаправленной я сознательной. Поэтому распад действия мтанных больных, лишенных именно этого отношения, легче „х”

проявляется ^ трудовой ситуации обучения. Анализ трудовой деятельности этих больных был предметом следоваия С. Я. Рубинштейн 11611. С. Я. Рубинштейн отме-ет, что больные, начав что-либо делать, редко прекращали ра-„_„ту по своей инициативе: это случалось лишь при каких-либо жяешяих поводах, например при поломке инструмента, запрещении персонала и т. п. Обращало на себя внимание то обстоя-^тедьство, что они почти не регулировали своих усилий, а работали с максимально доступной интенсивностью я темпом, вопреки я^тесообразности. Так, например, больному А. поручили обстрогать доску. Он строгал ее быстро, чрезмерно нажимая на рубан-“иж, яе заметил, как всю сострогал, и продолжал строгать верстак. ^Больного К. учили обметывать петли, но он так поспешно, суетливо протягивал, иглу с ниткой, не проверяя правильности сделанного прокола, что петля получались уродливыми, неправильными. Рабо-,тать медленнее он не мог, как его ни просили об этом. Между тем, ?если инструктор садился рядом с больным и буквально при каж-1дом стежке “покрикивал” на больного: “Не торопись! Про-1 верь!” — больной мог сделать петлю красивой и ровной, он пони-1 мал, как это нужно сделать, но не мог не спешить.

оыполняя простейшее задание, больные всегда совершали множество излишних суетливых движений. Они, как правило, работали по методу “проб и ошибок”. Если инструктор спрашивал о том, что они предполагают нужным сделать, то очень часто ему удавалось получить правильный ответ. Будучи, однако, представлены сами себе, больные редко пользовались своей мыслью как орудием предвидения [161).

Это безучастное отношение к своей деятельности выявилось в процессе экспериментального обучения. В течение 14 дней с этими больными проводилось систематическое обучение: заучивание стихотворения, складывание мозаики по предложенному образцу и сортировка пуговиц. Была выделена группа больных с массивными поражениями левой лобной доли, у которых клиника и психологическое исследование выявили грубый синдром аспонтанности. Больные были в состоянии механически выучить стихотворение, они могли легко выложить фигуры из мозаики, но не могли спланировать рациональные приёмы или видоизменить предложенные им извне, чтобы закрепить или ускорить работу. Так, выкладывая мозаику без плана, они не усваивали и не переносили предложенные им извне приемы и на следующий день повторяли прежние ошибки; они не могли овладеть системой обучения, планирующей их деятельность. Они не были заинтересованы в приобретении новых навыков обучения, совершенно безучастно относились к нему, им были безразличны конечные результаты. Поэтому они и не могли выработать новых навыков: они Владели старыми умениями, но им было трудно освоить новые.

Пассивное, аспонтанное поведение сменялось нередко у этих больных повышенной откликаемостью на случайные раздражители. Несмотря на то что такого рода больной лежит без всякого движения, не интересуясь окружающим, он чрезвычайно быстро отвечает на вопрос врача; при всей своей пассивности он часто реагирует, когда врач беседует с соседом по палате, вмешивается в разговоры других, становится назойливым. В действительности же эта “активность” вызывается не внутренними побуждениями. Подобное поведение следует трактовать как ситуационное.

Ранее говорилось о том, что характер каждого конкретного действия, его строение определяются мотивом, который стоит за ним. И здоровый человек, и “лобный” больной действуют в ситуации эксперимента под влиянием инструкции экспериментатора; следовательно, для обоих ситуация эксперимента имеет характер побудительного, действенного мотива. Однако ситуация эксперимента приобретает для испытуемого не только побудительный характер к действию, последнее включается всегда в какую-то смысловую систему. Ситуация приобретает и смыслообразующий характер, который является для дифференцированной человеческой психики и побудительным. Часто предполагается, что оба эти момента разделены, что то, что имеет побуждающее значение, не перекликается с тем, что смыслообразует; получается

116

впечатление, что смыслообразующий момент находится в первом, ^побуждающий—в другом. ::. ‘ , Однако нередко

может возникнуть такая ситуация, когда действие производится без соответствующего смыслообразующего мотива или потребности. Дело в том, что в нашем окружении всегда существуют вещи, явления, которые в прошлом тужили средством удовлетворения потребности: если у человека в данной ситуации не возникает смыслообразующий мотив, то эти вещи могут приобрести побудительное значение. Так, например, попавший в наше поле зрения мяч вызывает желание его подбросить. Колокольчик “вызывает” желание позвонить и т. п. Вещь как бы требует известной манипуляции с ней; и здоровый человек совершает нередко поступки под влиянием “побудительного” значения этих вещей. В таких случаях принято говорить о немотивированном поведении (например, придя в магазин, человек покупает ненужную ему вещь). К. Левин называл, как известно, такое доведение “полевым” [219].

1 Следует, конечно, подчеркнуть, что внешне совершенно одинаковые ситуации могут иметь различную психологическую значимость для личности. Психологическая ситуация всегда находится в тесной связи с потребностями и мотивами человека; одна и та же внешняя ситуация может для одной и той же личности приобретать разный смысл. Так, например, встреча одних и тех же людей при внешне одинаковых обстоятельствах может протекать [в различных психологических “полях”, если их личные взаимоотношения изменились. Естественно, конечно, что обе эти психологические ситуации при формальном их сходстве приводят к противоположным по качеству аффективным переживаниям.

В зависимости от целей и желаний как бы меняется психологи-;ческая значимость вещей. Вспомним пример К. Левина, который Оговорит, что мы можем не заметить почтовый ящик, если 'нам ' не нужно опустить письмо, но мы сразу его увидим, будучи на другой стороне улицы, если имеется письмо, которое нужно отослать. Мы не только увидим этот ящик, но мы, не сознавая вполне нашего действия, опустим письмо в него. Существует взаимоотношение междупотребностями и "побудительным характером" отдельных моментов ситуации. Но это отношение не нужно понимать элементарно, оно носит сложный, опосредованный характер. Деятельность и переживания личности, ее мотивы настолько сложны, что поведение человека не направляется прямыми путями к реализации и удовлетворению потребности. Человек не подчиняется слепо ситуации, он способен, исходя из более вершинных потребностей, владеть своим поведением. Происходит перестройка потребностей из периферических слоев личности к более высшим и центральным, и человек способен "стать над ситуацией", как бы изменить ее психологический смысл для себя. ;

Поэтому, хотя подчинение ситуационным моментам часто встречается в структуре поведения здорового человека, оно не

свидетельствует о его патологии, такое поведение не является ведущим, оно встречается при усталости, переутомлении, при аффективном напряжении. Оно является в этих случаях преходящим, выступает лишь в виде эпизодов и не нарушает целенаправленности деятельности человека.

Освобождение человека от ситуационной зависимости можно проследить и в онтогенезе. Чем меньше ребенок, чем диффузнее его потребности, чем меньше выражено его отношение к окружающему, тем больше он подчиняется окружающему “полю”, и, наоборот, с развитием ребенка, с развитием его самосознания уменьшается и подверженность поведения ребенка ситуации. В этой дифференциации себя от окружающего и в этом освобождении себя от “власти ситуации” и кроется начало произвольного отношения к окружающему.

‘ Ситуационное поведение больных с поражением лобных долей мозга носило стойкий характер, оно определяло характер поведения и поступков больного, оно было доминирующим.

Какие же формы принимало это ситуационное поведение у описываемой группы больных? Признали ситуационного поведения часто выступали в клинике в виде внушаемости и подчиняемости. Такого рода больные вели себя вполне адекватно, если какой-нибудь внешний момент не нарушал эту внешнюю сохранность,

^ Мы имели возможность наблюдать больного, который был как бы образцом аспонтанности. По целым дням он лежал на кровати, ничем не интересуясь, когда к нему приходили на свидание това-

рищи или родные, он не изъявлял никаких желаний, ни о чем их не расспрашивал и не просил — у этого больного не было никаких побуждений к какому-нибудь действию; -тем более были все удивлены, когда узнали, что этот больной украл у соседа по палате папиросы. Как потом выяснилось, он совершил этот поступок не из-за корыстных целей, а лишь исключительно из-за того, что какой-то малознакомый ему сосед по палате ^попросил его”. Такое поведение явилось лишь ответом на требование извне.

Ситуационное поведение таких больных не ограничивается внушаемостью и подчиняемостью. В некоторых случаях оно имеет мало гротескный характер. Не живые отношения между людьми, не просьбы и инструкция становятся источником их деятельности: в своем грубом проявлении эта подчиняемость выражается в том, что для больных как бы оживает функциональная значимость отдельных вещей без адекватной необходимости; -сяо-будительное значение” вещи как бы оголяются и выступает без отношения к смыслообразующему характеру ситуации.

Для примера приводим поведение больного Г. Весь день больной проводил в постели, не участвуя в жизни отделения; он не только не интересовался окружающей жизнью, но и к собственной участи, к состоянию своего здоровья был безучастен. Когда у него была обнаружена слепота на одно глаз, его это не встревожило. “И так видно, что нужно”, — заявил он беспечно.

Если же этот аспонтаняыб больной выполнял какие-нибудь действия, то оин всегда Зависели от конкретных вещей, которые попадали в поле его зрения.

118

*

!Вбйяя в кабинет врача, подходил к кяижиому шкафу, пынимал книгу, начинал ее перелистывать. Увияев карандаш, начипал писать, даже если перед ним не было фумаги; заметив иа стеие объявления, подходил к ним, начинал читать. В кабинете устояло яесхолью стульев: больной самлся поочередно на каждый из “их.

Подобная “откликаемость” часто видоизменяет само задание 'и лрянимает характер “вплетений” только что виденного и слы-:шай”ого. Больной срисовывает геометрические фигуры и вдруг вянсывает в круг слово “обход”, так как при нем только что гово-1рили о врачебном обходе. Другая больная, складывая числа, 1 приписала “авария”, так как рядом с ней лежала картинка, изображающая аварию.

1 Ре^ко выраженная “откликаемость” могла привести к полному 1распадудействия.Так, одна избоЛЬных срисовывала по просьбе 1 врача картинку. Вошел другой врач и положил по другую сторону книжку. Больная тотчас взяла книгу, стала ее перелистывать, а потом обращалась то к книге, то к рисунку. В качестве иллюстрации приводим выписку из истории болезни и протоколов больного П.

•

. Больной П., 1917 г. рождения, образование 5 классов. Поступил в больницу им. П. Б. Гаянушкина 12/X 1944 г., умер 10/X 1945 г.

Жалоб при поступлении не высказывает. Заявил, что здоров, беспокоит лишь небольшая слабость. Получил ранение 4/IV 1944 г. Был ранен пулей навывлет в области лба. К вечеру в тяжелом состоянии, поступает в полевой госпиталь. На второй день после ранения оперирован. Под местной анестезией произведено расширение кожных ран в правой и левой лобных областях. Твердая мозговая оболочка разрушена соответственно дефекту кости.

В послеоперационном периоде — легкие менингеальные знаки, затемненное сознание с явным беспокойством. С последних чисел апреля отмечено появление пролабирования мозгового вещества справа, несколько позднее появилась легкая ликворрея.

В дальнейшем имеются указания, что больной крайне вял, ничем не интересуется, ко всему глубоко безразличен. Жалоб не высказывает. В месте и времени грубо дезориентирован.

В течение состояний 8/IV поступают в госпиталь. В неврологическом статусе: спастичность левой носогубной складки и небольшая слабость в левой руке. Больной ничего не знает о ранении, не ориентирован в месте, времени и окружающем. Крайне вял, ко всему глубоко безразличен. Настроение бесцельное с оттенком эйфории. Конфабулирует, заявил, что у него на свидании была жена с детьми, что она ежедневно ездит куда-то лечиться и т. д.

По яонсультакия проф. А. С. Шмарьяма бодыгой был переведен в пскхо-невролог—“ес^сую больницу № 4 им. Л. Б. Гаимушкина, НмрамяпческаЛ сгот^с; амнмня. Зрачки широкие, правильной формы, равной велячяяы. Реакция иа свет и коивергеицяю удавлетворительная. Слегка сглажена .жмя иосогубмая аиадаа.Коячяк языка отклоняется влево. Небольшое потивмяге мышечиой силы х левой руке и отчасти в левой ноге. Сухо-жильвые рефлексy высокие, слева выше, чем сарава. Брюшные живые, справа яеокмыю выше. Клонус правой колехной чашки. Иногда намек иа с. Бабинского слева. Двусторонний с. Майера. Справа выраженная ладаяно-подбородочная проба. В поае Ромверга неустойчивое положение. Афазяческих и апрактических нарушевий ”ет.

На реттенограмме черепа: в лобной кости справа — послеотерацнояный дефект раз“геро“ $21/2 \times 4$ см. слева — $21/2 \times 2$ см.

На эндефалограимс от 27/П 1945 г. резко выраженная внутренняя гидро-цефадия, пр““му1Ц“ствсняя на счет лобных рогов.

На алсетрбэатефмюграмже от 9/11 1945 г.: патологический дельта-ритм с левой тбиой области.

Психический статус: больной во времени, месте и окружающем ориентирован неправильно. Так, в одном случае заявляет, что сейчас 1940 г., в другой раз называет 1942, 1947. После многомесячного пребывания в отделении заявляет, что находится здесь всего несколько дней, в другом случае говорит, что здесь находится давно, больше трех лет. Чаще всего заявляет, что находится где-то вблизи Москвы, что это учреждение с множеством функций, главным образом производственных, и что сюда он скорее всего направлен для повышения квалификации. Персонал принимает за мастеров, педагогов, заведующих учебной частью, делопроизводителей. Иногда лишь допускает, что это лечебное учреждение, где лечатся раненые, но при этом весь персонал принимает за санинструкторов или медицинских сестер.

•

Анамнестические сведения сообщает разноречиво. С его слов с определенностью можно установить лишь его месторождение и количество членов семьи. Правильно определяет свою профессию, дату призыва в армию; не может сказать, в каких участвовал боях, где, когда и при каких обстоятельствах был ранен. При соответствующих наводящих вопросах указывает, что ранен в голову в 1945 году шестью тяжелыми осколками мин. В отделении весь день проводит в постели. Часами лежит в застывшей однообразной позе с безразличием и безучастием ко всему происходящему вокруг. По собственной инициативе никогда ни к кому не обращается, но на поставленные вопросы отвечает мгновенно, не задумываясь над их содержанием. С такой же быстротой выполняет предлагаемые ему элементарные

действия. 'Больной не вникает в сущность поставленных ему вопросов, не замечает¹ противоречий, считает все возможным и доступным. Так, при определении своего возраста и возраста близких заявляет, что его жена и дети 1916 г. рождения, причем дочь родилась на три месяца раньше сына. В другой раз заявляет, что ему ЙОлет, он родился в 1916 г., а дети — в 1937 г., но каждому из них не меньше ЗЮ— 40 лет. Не замечает нелепости ответа. Видя сомнения врача, заявляет: “У нас в деревне всегда так было”.

- Для него все представляется возможным. Так, деревня К-ха, его родина, находится отсюда далеко, но ничего не стоит ее приблизить к отделению. Зная, что-на: улицу можно выйти только 'через дверь, с легкостью соглашается с тем, что можно для этих целей пользоваться и глухой стеной. С готовностью показывает, как .это можно осуществить. Столкнувшись со стеной лицом, не чувствует себя смущенным, заявляет: “Здесь не пройдешь, в другом месте можно”.

,” ‘ Крайне внуш[^]ем. Легко соглашается с любым утверждением, даже нелепым, <; такой же легкостью от него отказывается. Так соглашается с тем, что за окном т[^]чет река, а на грядках лежит толстый слой снега (в действительности — теплый флн^ёчный день). Однажды, спрошенный по поводу причины всеобщего оживления в отделении, ответил: “Должно быть кого-то хоронят”. На замечание, что это не так, не задумываясь, ответил: “Может быть и свадьба” и т. д. ., , Часто при соответствующих наводящих вопросах имеют место конфабуля-торные высказывания. Так, на вопрос, почему он так многоспит, отвечает: “Устал, отдыхаю”.

Объясняет это тем, что он часто ездит по специальным нарядам на работу. Иногда указывает, что по возвращении с работы “в лесочке пришлось повоевать с немцами”. Справился с ними быстро. Несколько раз заявлял, что у него на свидании были дети. Полностью отсутствует осознание болезни. Считает себя здоровым. Готов в любую минуту поехать на фронт. Не сомневается в том, что справится с заданиями командования. Допускает, что из-за слабости не сможет быть пулеметчиком, но с более легким оружием справится без труда. Имеющиеся костные дефекты в лобной области и подкожные пролапсы мозгового вещества отрицает. Заявляет, что это шишки, появившиеся недавно, после драки с товарищами, и что они Скоро пройдут.

Настроение беспечное, в беседе оживляется, смеется. Своим состоянием не озабочен. Пребыванием в отделении не тяготится. Заявляет, что о будущем никогда не думает: “Все давным-давно передумано”. Родных не вспоминает и по собственной инициативе никогда не прочтет полученного из дому письма. Вместе с тем, когда письмо кем-то читается, больной внимательно вслушивается в содержа-

120

ние, нередко плачет. Объяснить причину плача не может: “Что-то лы^тятся слезы, но почему, не знаю”. . ,>•’

Часто бывает неопрятен. На замечания персонала и больных по поводу неопрятности не реагирует. Считает, что это явление не заслуживает особого внимания.

Имеет место повышенный аппетит, однако сам больной никогда не обращается с просьбой накормить его. Крайне легко теряет выработанные годами навыки. Так, ввиду плохого самочувствия он в течение трех дней ел из рук персонала. Это оказалось достаточным для того, чтобы в последующие дни самому не брать пищу.

На фоне указанных явлений временами у больного удается получить правильный ответ. Он иногда правильно определяет месяц, даты установления Советской власти, начала Великой Отечественной войны и т. д. Поведение больного в основном нецеленаправленно. Так, увидя на вешалке около кабинета пальто, шляпу и зонт, он, не задумываясь, одевает на плечи пальто, на голову шляпу и с раскрытым зонтом возвращается в палату. Объяснить свой поступок не может.

Со второй половины 1945 г., несмотря на проводимое лечение, заметно нарастают спонтанность, вялость, адинамия, сонливость.

10/X 1945 г. больной скончался. До последнего дня, несмотря на крайне тяжелое состояние, ни на что не жаловался, охотно ел, заявлял лишь, что немного оопаб, поэтому и лежит в постели.

На вскрытии обнаружены: диффузный гнойный лептоменингит, абсцесс правой лобной дрли с прорывом в желудочную систему.

Патологоанатомическое исследование выявило в лобной коре (64, 44 и 10-е поля): субарахноидальные Кровоизлияния, очаги размягчения с образованием зернистых шаров и гнойный процесс с лимфоидно-плазмоцитарной инфильтрацией. Лимфоидно-

плазмацитарная инфильтрация отмечается и в области подкорковых узлов и продолговатого мозга. На остальном протяжении коры имеется лишь набухание нервных клеток. Архитектоника коры не нарушена. Нервные клетки с хорошо выраженной нислевской субстанцией.

Данные экспериментально-психологического исследования. С больным были проведены три экспериментально-психологических исследования: два—в январе и третье— в июне 1945 г.

Во время первых двух исследований поведение больного было спокойное, он беспрекословно подчинялся экспериментатору, при этом неоднократно брался за выполнение задания, не дослушав инструкции до конца. На замечание экспериментатора, что раньше надо внимательно выслушать инструкцию, добродушно отвечал: “Ну, говорите, говорите, 'я вас слушаю”, и тут же отвлекался на побочные раздражители. Все поведение больного, все его действие носили нецеленаправленный характер. ‘ -
“;

Нецеленаправленность больного выступала уже при предъявлении картины, изображающей человека, провалившегося в щхУ-рубь; людей, бегущих ему на помощь; столб у проруби с надпдсбю “осторожно”. Больной говорит: “Суматоха какая-то, парни .бегуч*, может в атаку идут, война”. ‘.?.

Экспериментатор. Всмотритесь внимательнее, разве эти люди похожий^ солдат?

Больной. Да, вы правы, это не солдаты, это штатские, ну ч^о же, может, это партизаны; они ведь по-разному были одеты.

^ • Экспериментатор. Посмотрите повнимательнее. .

‘ Больной (всматривается в человека^ провалившегося в прорубь). “Ах, И, человек тонет, а эти спешат на выручку” (при этом больной не чувствует неловкости по поводу своей ошибки, никак не относится к ней). Экспериментатор. Значит, это не изображение войны? . .’ Больной (безразличным голосом).

А кто его знает. . ,>

т

Еще большую трудность вызывало предъявление серии картин, изображающих какой-то определенный сюжет.

Инструкция требовала от больного раскладывания в последовательном порядке картинок согласно их смыслу; в данном случае было предъявлено 5 картинок, изображающих в последовательном порядке поломку и починку колеса. Больной раскладывает так, что в качестве первой картинки оказывается ^-я, затем идут 3,, 2, 4 и }-я. Задача не выполняется больным потому, что единая смысловая линия заменяется описанием отдельных деталей и компонентов картин. Нецеленаправленность больного приимала различные формы в зависимости от предъявленной задачи. ,

Таблица!

Эядяин Сажа Мотни роши Втироизмяен

Весепы флаг В браашпис Флаг

Темная	ЛUNA	Когла	ЛUNA
Развити	Тvнии	Развитиe	Развитиe
Теплый	Луиe	Пусть будет	Ночь облака
Смелый	С	Пусть будет	Не знаю
Большая		Смелый	"Какая-то"
Женщина		Это кровать	Кровать
		всегда	
		вати	

С особой отчетливостью это нарушение выступало при активном воспроизведении слов. Больному было предложено запомнить Ю слов при последовательных десяти предъявлениях.

Большой удержал 4—5 слов и при дальнейшем предъявлении продолжает повторять те же элементы. При этом он не сличает количество слов с заданным количеством; процесс запоминания представляет собой воспроизведение первоначально удержанной группы. Больной не делает никаких попыток для расширения

числа удержанных слов. “Кривая запоминания” носит характер плато.

Особенно четко выступила измененная структура деятельности при опосредованном запоминании. Больному было предложено запомнить ряд слов; при этом он должен был выбрать для этого картинку (метод А. Н. Леонтьева) либо изобразить на бумаге рисунок, который помог бы ему воспроизвести слово (метод пиктограмм по А. Р. Лурия, табл. 1).

Приведенная таблица показывает, что больной понял задачу, выполнял ее, но возникающая связь между изображением и словом не была использована им. Сами ассоциации возникали, но

192

они не выполняли своей функции опосредования. Нарушенным оказался не процесс образования связей, а его избирательное использование.

“ Еще в 30-х гг. А. Н. Леонтьев показал, что развитие сложных форм идет по пути использования особой стратегии мнестической деятельности, а именно по пути использования опосредованных средств запоминания. Именно этой избирательной стратегией больной сейчас не мог адекватно пользоваться.

Не менее четко выступала аспонтанность больного и при решении мыслительных задач, например при установлении аналогии между понятиями.

Приводим примеры, как больной решает эту задачу (надо найти аналог флмшсвмя “жсхг — глухол” для слова “картина”).

“Есдн весия — глухой” то картина, галерея... В Третьяковке она висят, я там редасо бывал...”

Эксримемтаюр. Подумайте, как относится глухой к песне? Боачмов. Ну, он ее не слышит, конечно, ах, вот “сто, если слепой, то он не увидит картины, ку что же, бывает так, можно прожить и без картины, а то, что он не видит,—это плохо... ему нужен поводырь; да вот песня—глухой, слепой — иоводырь.

На этом примере мы видим, как больной может осмыслить задание, но он “уводится” побочными ассоциациями^он даже прибегает к словам, которые в тексте не означены.

Этому же больному была предложена задача на замещение пропущенных слов в тексте (текст Эббагауа).

Больному предлагался следующий рассказ (подчеркнутые слова вставлены больным): “Один человек заказал пряже тонкие руки. Пряжа сиряла тонкие нитки, а человек сказал, что нити толсты и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряжа сказала: “Если тебе эти нетоцки, то вот тебе другие”, и она показала на глубокое место. Он сказал, что не видит. “Оттого и не видишь, что они тонки, и я сама их же вижу”. Человек обрадовался и заказал себе такие дела, а за эти заплатил деньги”. Вместе с тем этот же больной мог иногда справиться с интеллектуальным заданием, если его стимулировали. Так, больному предлагалось выбрать подходящую фразу к слову “Не все то золото, что блестит” из следующих фраз: 1) золото легче железа; 2) не надо судить о человеке по наружности; 3) самовар блестел как золото.

Бадьной берет в ^укк карточку с фразой “Не надо судить о человеке по наружности” и говорит: “Вот эта будет правальвой”, но тут же откладывает ее и берет карточку с фразой “Самовар блестел как золото”, мотивируя: “Да, эта тоже подходит, потому что самовар можно так начистить, что он даже лучше золота блестеть будет”.

Эк1Мрмм”””атор. Правильно ли Вы делали? Каков смысл поговорки? &мы”м1. А смысл может быть разным, ведь ие всегда о самоваре речь идет, может идаи и о людях.

Эксмримнтатор. Подумайте хорошенько. Смысл-то ведь скрытый, ведь это пословица.

Больнов. Подумаю, да вот эта фраза больше подходит, девствительую ие надо судить по внешности. Вот эту.

Эксперимиппор. Значит Вы ошиблись? ; Больной. А кто его знает. Да, вероятно, ошибся. Бывает, что ошибаешься. Больюб ее реагирует на замечание эксперимевтатора, ие выражает ни удивления, ни огорчения по поводу допущеиноб ошибки.

Таким образом, приведенная выписка из протоколов эксперимента показывает особую структуру нарушений мыслительной деятедьности больного: они не сводятся к нарушению интеллектуальных операций и являются индикатором более общего “ра-

пикала” — его аспонтанности, утери возможности регулировать сИри действия.

Хотя больной может выполнить экспериментальное задание, требующее от него обобщения, например он смог классифицировать объекты на основании какого-то признака или передать содержание какого-нибудь текста, однако этот модус выполнения является неустойчивым, легко нарушается и заменяется нанизыванием случайных ассоциаций, которые не перерабатываются и не анализируются больным.

А.Р.Лурия [124] правильно указывает, что подобные больные не в состоянии систематически анализировать условия задачи. Он говорит о том, что у этих больных отмечается дефект их предварительной ориентировочно-исследовательской деятельности. Логический ход суждений заменяется осколками фраз, фрагментарными связями и ассоциациями. Об этом свидетельствуют и данные исследования восприятия описанного выше больного, у которого выступил чрезвычайно любопытный феномен. Больной, не имеющий агностических расстройств, в некоторых случаях вел себя как агностик: он нечетко узнавал нарисованные предметы, если предметы были несколько затушеваны, нарисованы пунктиром; при настойчивой же просьбе экспериментатора посмотреть внимательно больной узнавал эти предметы.

, Диалогичное явление выступило у больного при показе фигур Рубина, при фиксации которых фигура и фон попеременно меня-

ются..

Известно, что если процесс смены фигуры и фона долго не наступает, то достаточно обратить внимание испытуемого на возможность такой смены, чтобы он смог произвольно вызывать этот процесс. Наш больной не в состоянии был сделать это. Увидев в фигуре “вазу”, он не смог увидеть “профиля”: “Что вы, доктор, какие же это лица?” Точно так же этот больной не видел никаких образов в пятнах Роршаха: “Кляксы какие-то, черные, б[^]дые, розовые пятна, больше ничего”.

Таким образом, нарушение произвольности, невозможность управлять своими действиями выступают у подобного больного при любом исследовании.

Аналогичные результаты были получены и у других больных этой группы. Их бездумное поведение в клинике и в трудовой ситуации, отсутствие отношения к своей работе — все это указывает на то, что действия больных не были подчинены личностным целям и не регулировались ими.

Выполнение любого задания, в том числе и экспериментального, предполагает понимание того, какое значение имеет выполняемая работа в данной конкретной ситуации. Выполнение действия предполагает и знание средств для работы, но, самое главное, человек должен уметь оценить, насколько его собственные действия соответствуют поставленной задаче. И, чтобы такая оценка могла осуществиться, необходимо, чтобы человек понимал свои цели и возможности, чтобы он действовал из осознанных

124

мотивов. Об этом хорошо сказал уже п. человек что-нибудь придумывает или силится что-нибудь вспом-'нить (все это фигурное выражение), значит, мысль, которую он ищет, нужна ему для какого-нибудь дела, иначе он был бы сумасшедший; дело и есть, стало быть, мотив, определяющий те темные процессы, которые фигурно называются поисками или ^стараниями придумать, припомнить" {171, 167}. Таким образом, И. М. Сеченов считает, что мысль и действия здорового человека должны быть направлены делом, мотивом.

У описываемой группы больных отсутствовал мотив, ради которого они выполняли то или иное задание.

Их действия были в равной степени как бездумными, так и немотивированными. Их поведение не было обусловлено ни адекватным отношением к окружающему, ни к себе. Они не осознавали ни своих поступков, ни своих суждений. У них была анозогнозия не только по отношению к своей болезни, но и по отношению к своему поведению.

Утеря возможности оценивать себя и других разрушала самым гротескным образом деятельность больных; она являлась индикатором их грубого личностного нарушения.

В заключение анализа аспонтанности нам хотелось бы остановиться на одном, казалось бы, парадоксальном явлении. Нередко вышеописанная сверхоткликаемость сочеталась у больных с тенденцией к персеверациям. Симптом персеверации был описав

А. Р. Лурия еще в 1943 г. у больных с нарушениями премоторной зоны мозга. Выполнив какой-нибудь компонент сложного движения, больные не могли переключиться на другой его компонент. А. Р. Лурия описывает явления персеверации (в двигательной и речевой сферах) также у больных с массивными поражениями лобных долей мозга. Он пишет, что “удержание избирательных следов словесной инструкции оказывается в подобных заданиях настолько трудным, а влияние инертных действий, вызванных предшествующей инструкцией, настолько сильным, что правильное выполнение заданий заменяется фрагментами прежних действий” [126,207].

Нами исследовался совместно с Ю. Б. Розинским больной” который, проводя движением пальца по направлению реки на географической карте, продолжал это до тех пор, пока на карт^ образывается дыра; начав чертить круг, он продолжает эт<” круговое движение, пока его не остановят. Меняя задание, чертить то круг, то дом, мы получали неоформленную смесь того и другого —дом закругляются, а в круг привносятся детали прямых сторон.

Если больной рисовал подряд несколько кружков, то ему трудно было переключаться на рисунок дома; после того какой нарисовал несколько раз дом, он не может нарисовать круг, а приделывает к нему крышу. ,

”

сМ-и персеверации выступали в письме. Бодьному предлагается написать: “Сегодня хорошая погода”. Вместо этого он пишет: “Сегого гохрроршая я погодада”.

Наряду с персеверациями у этого больного резко выступает откликаемость: экспериментатор просит его передать спичку другому больному; больно́й берет коробку, вынимает спичку и зажигает ее. Требуемое от него действие он не выполняет. Когда больно́го просят подать стакан воды, он сам начинает пить из него воду. Увидев лежащие на столе ножницы, больно́й начинает резать покрывающую стол бумагу.

Казалось бы, что ситуационное поведение и персеверативная тенденция являются феноменами, противоречащими друг другу, так как механизмом 'персевераций является инертность" ситуационное же поведение, содержит в себе тенденцию к чрезмерно быстрой смене реакций. В действительности же оба этих противоречащих друг другу феномена — застойность персевераций и сверхпереключаемость ситуационного поведения — смыкаются.

Противоречивость здесь мнимая: симптом персеверации, так же как и откликаемость, является лишь по-разному оформленным проявлением аспонтаинности. Иными словами, оба этих явления являются индикаторами того, что деятельность больного лишена смысловой характеристики и замещается действиями, за которыми не стоит смыслообразующий мотив. Доведеиная до своего апогея аспонтанность разрушает в корне строение деятельности, лишает ее основного человеческого качества личностного отношения и осмысленной направленности,

критичности и под-контрольности. Сочетание откликаемости и персевераций мы наблюдали не только с “лобным синдромом”. Так, исследуя вместе с С. Я. Рубинштейн больных гипертонической болезнью, мы могли в некоторых случаях и у них отметить это парадоксальное явление'. Сверхбыстрая откликаемость подобного рода больных на внешние случайные моменты приводила к нарушению их ориентировки. Например, сосед по палате .оказался слесарем, больной считает, что он в мастерской; через минуту он услышал чтение газеты, откликнувшись на него, он считает, что он в клубе. Тут же больной услышал пение в соседней палате и быстро решил, что он в театре. Каждый отдельный раздражитель определяет ориентацию больного, и, таким образом, у больного создается какое-то своеобразное прерывистое восприятие окружающего. Ч Откликаемость этих больных, сочетаясь с персеверациями, нарушала и строение речи. Последняя изобиловала парафазиями, персеверациями. Например, больному Г. (гипертоническая болезнь) была показана карточка с изображением петуха; больной отвечал, что это яблоко. Вслед за этим, когда ему предъявляли

‘ Следует отметить, что в психиатрической клинике нередко встречается подобное сосуществование, казалось бы, противоречивых симптомов, например при так называемом кататоническом синдроме наблюдаются обездвиженность и возбуждение.

ОЧКИ, ОН отвечая”: “ли ни.тв.а и” я^ншпечт. •^,^V^.^,^^V•^
 ^.^р,...— ...” северативно, а слово “ножка” возникло при
 взгляде на ручку очков.

Г. В. Бирейбаум наблюдала подобную откликаемость и склонность к персеверациям у больных с органическими психозами и в некоторых случаях острого шизофренического процесса.

Исследования, проведенные мною вместе с С. Я. Рубинштейн, показали, что эти нарушения динамичны и преходящи. Мы неоднократно имели возможность убедиться в том, как больные, ответы и поведение которых были предельно нелепы вследствие своей откликаемости с персеверацией, тут же адекватно реагировали на окружающее. Речь их становилась правильной^ действия разумны. Персеверации и откликаемость исчезали.

Все эти данные заставляют предположить, что механизмом парадоксального сочетания откликаемости и персеверации является снижение бодрственного состояния мозга. Резкое сочетание откликаемости и грубых персевераций при лобном синдроме обусловлено не одним лишь поражением лобных долей мозга, а что и в этих случаях речь идет об измененном состоянии бодрствования коры. Об этом свидетельствует тот факт, что у больных, у которых описанное парадоксальное сочетание было бы особенно выражено, локальный процесс был осложнен органическими процессами диффузного характера (менингоэнцефалит, абсцесс, хронический сепсис).

Следует, однако, отметить, что симптом откликаемости сам по себе носит у больных с “лобным” симптомом иной характер, чем у

больных с другими органическими поражениями мозга.. Больные с диффузным поражением мозга выявляют “какое-то, аусть смутное, отношение к откликаемости; они сами ее отмечают; иногда даже пытаются противостоять ей. “Лобные” же больные никогда не замечают неадекватности своих поступков.

Несмотря на то, что откликаемость больных при гипертонии носит тоже нелепый характер, за ней скрыта часто попытка ответить на предлагаемый вопрос, она возникает нередко при трудных задачах и является часто следствием ‘чрезмерного интеллектуального иавряжения больного. Откликаемость же “лобного” больного не вызывается напряжением.

Откликаемость больного с диффузным поражением мозга тоже дезорганизует его вхождение, но она не является доминирующей; у “лобного” (Кмьного вхождение может внешне казаться недезорга-низовашшм, “зднако имено откликаемость по существу опреде-дляет его {юв^дение.

Сопоставление откликаемости больных обеих групп дает пекторые овощные пункты для дифференциально диагностических вопросов. Но кроме этого Практического значения постановка и выясиеине этого вопроса имеют еще и теоретическое заачеие. Это сопоставление показывает, что откликаемость может стать доминирующей ливней поведения, определяющей поступки и действия больного только в том случае, когда у больного изменеио

отношение к себе и к окружающему, когда он не может отнестись к своим поступкам критически, когда у него нет их оценки. Следовательно, только при наличии грубого личностного распада откли-каемость, которая является характеристикой сниженного бодрствования, дезорганизует поведение больного. И у больного с диффузными органическими поражениями может появиться готов' ность к недифференцированной реакции, но лишь благодаря изменению строения сознания больного, выступающему в виде аспон-танности, эта готовность превращается в стойкий распад целенаправленной деятельности. Для того чтобы оказалось нарушенным столь-сложное социальное образование, каким является человеческое поведение, для того чтобы перестали действовать высшие, социальные мотивы, чтобы человек перестал существовать как сознательная и созидательная личность и подчинялся калейдоскопу впечатлений, необходимо грубое изменение в сфере человеческих потребностей, мотивов, сознания. Только .при нарушении критического подконтрольного отношения к себе и к окружающему возникает невозможность осознать этот калейдоскоп впечатлений, теряется способность противостоять ему [87].

Это подтверждают и данные Е. Д. Хомской [191], изучавшей роль лобных долей мозга в регуляции процессов активации с помощью методики вызванных потенциалов. Оказалось, что у здоровых испытуемых во время исполнения какого-нибудь интеллектуального действия возникают изменения биоэлектрической активности в лобных отделах мозга, так называемые “волны ожидания”, которые исчезают при переходе человека к спокой-

ному состоянию. Эти данные соответствуют и результатам, полученным Грей Уолтер (1966) и М. Н. Ливановым (1966).

У больных же с поражением лобных долей мозга подобные “волны ожидания” не вызывались. Е. Д. Хомская отмечает, что поражения лобных долей мозга сопровождаются нарушениями всей системы регуляции процесса активации, особенно тех форм, которые осуществляются с помощью речи [191].

§ 8. НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ

Для анализа того, как формируется патологическое изменение личности, можно привести также некоторые данные, касающиеся формирования патологических черт характера.

Из психиатрической практики известно, что у больных эпилепсией (если эта болезнь началась в детском возрасте) происходит изменение личности, которое характеризуется обычно как сочетание брутальности, угодливости и педантичности. Стало традиционным описывать в учебниках психиатрии образную характеристику больных эпилепсией, данную классиком немецкой психиатрии Э. Крепелином: “С библией в руках и камнем за пазу^{ой}”. Эти особенности обычно ставят в связь с самой

‘28

болезнью, припадками, и нигде не анализируется вопрос об условиях формирования такой личностной особенности.

Между тем прослеживание жизни ребенка, у которого вследствие органического поражения мозга появились припадки, прослеживание реакций других детей на эти припадки,

прослеживание реакции учителя на трудности в учебе, которые возникают у подобного ребенка в школе, могли бы объяснить многое. Такой ребенок пытается компенсировать свою неполноценность, вызвать хорошее отношение к себе со стороны сверстников не всегда удачным способом: угодливостью, приспособлением к другим детям. Из-за инертности, присущей таким больным, данные способы фиксируются в дальнейшем, становятся методом поведения.

В этой связи интересно рассмотреть становление еще одной характерной черты эпилептика — его педантичности и аккуратности.

В начальной стадии болезни названные качества появляются как способ компенсации первичных дефектов. Экспериментально показано, что только при помощи тщательного, последовательного выполнения всех элементов стоящего перед ним задания больной может правильно его выполнить [34; 65; 122].

Тщательное выполнение отдельных звеньев задания требует от больного эпилепсией в ходе болезни все большего внимания, пока, наконец, не становится главным в его работе.

Происходит перенесение мотива из широкой деятельности на 'исполнение вспомогательного действия. Это было показано экспериментально Н. К. Калитой [79], которая исследовала уровень притязаний больных эпилепсией с помощью оригинальной методики: больным предъявлялись картинки, которые различались друг от друга количеством элементов изображения. Требовалось за определенное время найти эти различия. В данном исследо-

вании уровень притязаний не вырабатывался у большинства больных эпилепсией. Они застревают на каждом конкретном задании и с удовольствием начинали искать различия в картинках, находя при этом самые малозначительные, которые не отмечали здоровые испытуемые.

Полученные результаты не означают, что у данных больных вообще нет уровня притязаний, но если данный набор заданий был для здоровых лишь предлогом для выявления уровня их притязаний, то у больных само исполнение заданий становится смыслом работы.

Таким образом, при эпилепсии происходит компенсация первичных дефектов, приводящая нередко к нарушению опосредованности.

Известно, что, для того чтобы компенсировать дефект, надо прежде всего выработать адекватные способы и средства его преодоления. Мало того, надо не только найти способы преодоления дефекта, но и овладеть ими до известной степени свернутости и автоматизации. Навык освобождает субъекта от контроля за исполнением действия и тем самым дает возможность

129

9 Патопсихология;

перенесения ориентировки в более широкое поле деятельности [54].

Вследствие нарастания инертности способы компенсации у больных эпилепсией не становятся свернутыми и автоматизированными, а, наоборот, больной “застревает” на стадии контроля за исполнением вспомогательного действия, и мотив из широкой деятельности все более смещается на выполнение узкой.

Вместе со смещением мотива соответственно смещается и смысл деятельности. Сложная опосредованная деятельность теряет смысл для больного, главным становится исполнение отдельных операций, которые в норме выполняют роль технического средства.

Особо присущая эпилептику аффективность насыщает этот смысл, делая его не просто отношением, а отношением активным. Больные не терпят малейших нарушений заведенного порядка. В ходе болезни аккуратность, педантичность становятся не просто неудачной компенсацией, а привычным способом действия, определенным отношением к окружающему миру, определенной социальной позицией, т. е. чертой характера.

С некоторыми вариациями, но в общем по тем же механизмам образуются и другие патологические черты характера эпилептика. В основе их формирования также лежит неудачная компенсация, переход от широкой к узкой деятельности, сокращение смысловых единиц деятельности.

Во многих исследованиях делается попытка проводить анализ характера здорового субъекта через анализ вариантов патологий.

Так, например, видный советский психолог А. Е. Личко пишет, что ^..значительно чаще формирование приобретенной психопатии происходит, когда в преморбиде личность принадлежит к крайним вариантам нормы” (116, 1641. Существует иной подход к проблеме формирования характера. Так, С. Л. Рубинштейн отмечает, что “узловой вопрос... о том, как мотивы (побуждения), характеризующие не столько личность, сколько обстоятельства, в которых она оказалась по ходу жизни, превращаются в то устойчивое, что характеризует данную личность... Исследование характера а его формирование, до сих пор мало продвинутое, должно было бы сосредоточиться в первую очередь на этой проблеме — проблеме перехода (курсив мой. — Б. З.) ситуационно, с течением обстоятельств, порожденных мотивов (побуждений) в устойчивые личностные побуждения” {160, 134—1351. С. Л. Рубинштейн дальше указывает, что в силу исторической обусловленности в психологии личности обнаруживаются компоненты разной меры общности и устойчивости, которые изменяются различными темпами. Поэтому с полным правом С. Я. Рубинштейн указывает, что в этом положении следует искать путь к анализу формирования характера людей как здоровых, 'так и больных {1651.

Свойства характера формируются прижизненно, как в норме, так и в патологии. Важны условия, приводящие к аномалии моти-

130

вов Болезнь же создает, условия для этой аномалии, .это показано при исследовании больных разных нозологий (эпилепсии, болезни Паркинсона и др.).

Это означает, что характерологические особенности не наследуются, что биологические потребности превращаются в социальные • Об этом пишет и генетик Н. П. Дубинин: “Есть ли законы для социального наследования? Несомненно. Они описаны теорией исторического материализма. Суть их — в объективных общих устойчивых необходимых отношениях передачи от поколения к поколению положительного опыта, приобретенного обществом в процессе исторического творчества — всей материальной и духовной культуры, воплощающейся в человеке как существе родовом” 158, 671.